

**Mit und ohne Bett**

**Personenzentrierte  
Krankenhausbehandlung im  
Gemeindepsychiatrischen Verbund**

Herausgegeben von  
Regina Schmidt-Zadel  
Heinrich Kunze  
AKTION PSYCHISCH KRANKE



**Mit und ohne Bett**

**Personenzentrierte  
Krankenhausbehandlung im  
Gemeindepsychiatrischen  
Verbund**

Herausgegeben von  
Regina Schmidt-Zadel  
Heinrich Kunze  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Die deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Mit und ohne Bett : personenzentrierte Krankenhausbehandlung im  
Gemeindepsychiatrischen Verbund /** Aktion Psychisch Kranke.

Regina Schmidt-Zadel ; Heinrich Kunze (Hg.). - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2002

ISBN 3-88414-324-7

AKTION PSYCHISCH KRANKE im Internet: [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk)

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2002

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Redaktion: Bernd Jäger, Beate Kubny-Lüke

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: Clausen & Bosse, Leck

## Inhalt

Begrüßung und Eröffnung <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	9
Grußwort des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit <i>Klaus-Theo Schröder</i>	12

### I. Psychiatrische Krankenhausbehandlung im Wandel – Probleme und Chancen

Wandel durch Annäherung: Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde <i>Heinrich Kunze</i>	16
Die Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund <i>Gabriele Schleuning</i>	34
Zielorientierte Behandlung und ressourcenschonende Steuerung: Zum Potenzial von Steuerungsstandards auf der Grundlage der Psych-PV <i>Peter Kruckenberg</i>	46
Neue Benachteiligung psychisch Kranker – »New Economy« im Krankenhaus? oder: Der Zweck und das Mittel <i>Dyrk Zedlick</i>	63

### II. Bedarf und Innovation

#### Gegenwart und Zukunft des Gerontopsychiatrischen Zentrums – Wo bleiben die psychisch kranken alten Menschen?

Das Gerontopsychiatrische Zentrum im Kontext einer regionalen Psychiatrie- und Altenhilfeplanung <i>Uwe Klein</i>	78
Auf dem Weg zum Gerontopsychiatrischen Verbund – Gerontopsychiatrische Versorgung in Gütersloh <i>Peter Netz</i>	90

Sozialmedizinische Aspekte gerontopsychiatrischer Erkrankungen  
*Klaus Nißle* 107

### **Personenzentrierte Organisation psychiatrischer Akutversorgung**

Das Kieler Modell: Integrierte psychiatrische Versorgung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlung nach den Modalitäten des »Regionalbudgets«  
*Josef Aldenhoff* 116

Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Vom Psychiatrischen Zentrum zur Abteilungs- und Sektorversorgung  
*Martin Bührig* 124

Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH) – ein Beispiel personenzentrierter Organisation psychiatrischer Akutversorgung  
*Artur Diethelm* 130

### **Flexibilisierte Behandlungssettings ambulant-teilstationär-stationär, am Beispiel der Behandlung Suchtkranker**

Das Marburger Modell: Setting übergreifende Akutbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen  
*Hans Dlabal* 144

Flexibilisierte Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten in Kassel und die Rolle der pflegerischen Mitarbeiter  
*Helmut Frömmel und Dieter Sommer* 150

Die zukünftigen Aufgaben für die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken  
*Thomas Kuhlmann* 157

Bedarfsorientierte Versorgung Suchtkranker in der klinischen Psychiatrie  
*Martin Reker* 168

### **III. Im Brennpunkt**

Im Abseits der Psychiatriereform: Psychisch Kranke im Strafvollzug  
*Norbert Konrad* 180

Im Abseits der Psychiatriereform: Psychisch Kranke in Maßregel- und Strafvollzug  
*Nahlah Saimeh* 190

### **IV. Anforderungen und Erwartungen im Diskurs**

Innovation der psychiatrischen Krankenhausbehandlung: Was die Psychiatrie-Erfahrenen von den Klinken erwarten  
*Regina Kucharski* 200

Erfahrungen mit der und Anforderungen der Angehörigen an die Psychiatrische Klinik  
*Gudrun Schliebener* 209

Qualitätsanforderungen an psychiatrische Krankenhausbehandlung aus Sicht der Kostenträger  
*Stefan Wöhrmann* 221

### **V. Steuerung, Kooperation, Integrierte Versorgung**

Sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie  
*Jürgen Fritze* 228

Multiprofessionelle Behandlung (fast) ohne Bett: Beispiele und Diskussionen aus Großbritannien und den USA  
*Michaela Amering* 242

Der Beitrag sozialwissenschaftlicher Forschung zur Förderung der Integrierten Versorgung  
*Gerhard Längle* 259

**Steuerung: Unterschiede und übergreifende Probleme zwischen Somatik und Psychiatrie**

Aktuelle Probleme der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV)  
*Thomas Reker* 270

Die Steuerung der stationären psychiatrischen Versorgung:  
Deutsche und internationale Erfahrungen  
*Dirk Richter* 274

**Praktische Möglichkeiten der Integrierten Versorgung**

Integrierte Versorgung – Bedingungen für ein zukunftsweisendes  
Versorgungsprogramm  
*Gerhard Holler* 286

Integrative Psychiatrische Behandlung am Alexianer-Krankenhaus  
in Krefeld – Klinische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett  
*Andreas Horn* 294

**Die psychiatrische Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund**

Die Psychiatrische Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund  
oder: »... damit zusammenwächst, was zusammengehört«  
*Joachim Speicher* 311

Planungskonzept für einen ambulant-tagesklinisch-klinischen Verbund  
*Christa Widmaier-Berthold* 320

**Autorinnen und Autoren** 327

**Veröffentlichungen und Informationstagungen  
der AKTION PSYCHISCH KRANKE** 329

## Begrüßung und Eröffnung

Regina Schmidt-Zadel

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich im Wissenschaftszentrum Bonn zu unserer Tagung *»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«*.

Vor einem Jahr, ebenfalls in Bonn, feierten wir mit einem Festakt das 25-jährige Jubiläum der Psychiatrie-Enquête. Ihre Bilanz und Perspektiven waren Thema eines großen Kongresses. Seitdem hat es wichtige gesundheitspolitische Entwicklungen und Aktivitäten gegeben.

- So hat sich der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im Mai 2001 in einer öffentlichen Anhörung mit dem Thema »25 Jahre Psychiatrie-Enquête« befasst. Namhafte Vertreterinnen und Vertreter aus der Psychiatrie – auch von der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) – bekamen die Gelegenheit, zur aktuellen Situation der psychiatrischen Versorgung Stellung zu nehmen: Was ist erreicht worden, was sind die Aufgaben der Zukunft? Diese Expertenanhörung soll als Grundlage für einen Antrag im Bundestag zur Situation der Psychiatrie noch in dieser Legislaturperiode dienen.
- Am 1. April trat die dreiseitige Vereinbarung zu § 118 (2) SGB V für Institutsambulanzen an Psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern in Kraft. Damit ist ein weiterer Teilschritt der GKV Gesundheitsreform 2000 verwirklicht worden.
- Auch die Umsetzung der seit der GKV Gesundheitsreform 2000 neu eingeführten Krankenkassenleistung Soziotherapie ist endlich in greifbare Nähe gerückt. Die Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie wurden im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedet. In einem Gespräch zwischen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und Vertreterinnen und Vertretern der AKTION PSYCHISCH KRANKE im September 2000 empfahl die APK, trotz einiger Bedenken, die Richtlinien zu akzeptieren und in einer begleitenden Evaluation zu überprüfen, ob das Ziel der gesetzlichen Regelung auch erreicht wird. Die Richtlinie wird am 01.01.2002 in Kraft treten.
- Was noch nicht erreicht wurde, ist die Verankerung der ambu-

lanten psychiatrischen Krankenpflege (§ 37 SGBV) in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 sind wir also durch die Neuaufnahme der Leistung »Soziotherapie« sowie die gesetzliche Ermächtigung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Einrichtung von Institutsambulanzen einer Kernforderung der Enquête-Kommission wieder zwei Schritte näher gekommen: »ambulant vor stationär«.

In den letzten Jahren hat der Anteil teilstationärer, das heißt tagesklinischer Behandlung stetig zugenommen, eine Entwicklung, die hoffentlich noch weiter fortschreitet. Dies begrüße ich vor dem oben genannten Hintergrund sehr. Ich möchte jedoch betonen, dass die Verstärkung teilstationärer und ambulater Behandlungsformen aus fachlichen Gründen erfolgt und nicht als Sparmaßnahme missverstanden werden darf. Es geht um einen Umbau, nicht um einen Abbau der Behandlungsmöglichkeiten.

Ziel moderner psychiatrischer Klinikbehandlung ist es, dazu beizutragen, dass die Kranken und ihre Angehörigen zu Experten und Expertinnen für ihre Krankheit sowie deren Behandlung und Bewältigung werden. Deshalb muss Behandlung dort stattfinden bzw. von dort aus erreichbar sein, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden sollen. Deshalb muss sich psychiatrische Krankenhausbehandlung am individuellen Bedarf eines psychisch erkrankten Menschen orientieren und personenzentriert angelegt werden. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und der § 118 SGBV bieten dazu eine gute Grundlage. Im Zusammenhang mit der grundlegenden Umstellung der Krankenhausfinanzierung durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 war es daher außerordentlich wichtig, für den Bereich Psychiatrie die Psych-PV zu erhalten. Die Psychiatrie ist Kraft Gesetzes vom Fallpauschalensystem ausgenommen und der Bestand der Psych-PV in der Bundespflegeverordnung ausdrücklich verankert worden.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat dieses Jahr die psychiatrische Krankenhausbehandlung zum Thema dieser Tagung gemacht, um auf der Grundlage eines intensiven Austausches über die inhaltlichen, sozialrechtlichen und strukturellen Aspekte der psychiatrischen Krankenhausbehandlung die Psychiatriereform weiter voran zu bringen. Dabei ist die Weiterentwicklung des Dialogs und der Zu-

sammenarbeit von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und gemeindepsychiatrischen Diensten im Sinne einer patientenorientierten integrierten Behandlungsplanung und -gestaltung von großer Bedeutung.

Wir freuen uns, dass das Bundesministerium für Gesundheit diese Tagung finanziell fördert und ich begrüße Herrn Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, der gleich zu uns sprechen wird.

Ebenfalls freue ich mich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Psychiatriereferates im Bundesministerium für Gesundheit, Frau Dr. Brockmann, Frau Dr. Kriegel und Herr Kneip an unserer Veranstaltung teilnehmen und ich möchte die Gelegenheit nutzen, für die langjährige ausgesprochen gute Zusammenarbeit mit dem Psychiatriereferat herzlich zu danken.

Die Tagungen und Kongresse der AKTION PSYCHISCH KRANKE sind auf die themenbezogene Zusammenführung aller in der Psychiatrie relevanten Professionen und Gruppierungen gerichtet. Ich freue mich deshalb, dass sich hier Referentinnen und Referenten und Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus verschiedenen psychiatrischen Bereichen versammelt haben, dass ärztliche wie andere therapeutische Berufsgruppen ebenso teilnehmen wie Bürgerhelferinnen und Bürgerhelfer, deren Einsatz aus der psychiatrischen Versorgung nicht wegzudenken ist.

Es gehört zum Selbstverständnis der AKTION PSYCHISCH KRANKE, dass Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige psychisch erkrankter Menschen aktiv an der Psychiatriereform mitwirken und ihre besonderen Kompetenzen und Erfahrungen einbringen. Doch ist dies erst eine ganz junge Praxis. Deshalb möchte ich Frau Regina Kucharski, stellvertretend für die Psychiatrie-Erfahrenen, und Frau Gudrun Schliebener, stellvertretend für die Angehörigen psychisch Kranker, begrüßen. Sie werden morgen die Sichtweise der Betroffenen und ihrer Familien darstellen.

Ich wünsche mir, dass diese Tagung mit ihren Vorträgen, Symposien und Diskussionen dazu beiträgt, die personenzentrierte psychiatrische Krankenhausbehandlung weiter voranzutreiben. Ich wünsche Ihnen und uns eine anregende und erfolgreiche Veranstaltung.

## Grußwort des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Klaus Theo Schröder

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Freude und Genugtuung stelle ich fest, dass Sie sich mit dieser Tagung einem nicht nur für die Psychiatrie gesundheitspolitisch sehr bedeutsamen Thema der Vernetzung und patientenzentrierten Behandlung in unserem Versorgungssystem widmen. In Zeiten, in denen mit zusätzlichen finanziellen Spielräumen nicht gerechnet werden kann, darf das Thema »Qualität« nicht in den Hintergrund geraten. Von daher ist es sehr zu begrüßen, dass die AKTION PSYCHISCH KRANKE mit dieser Tagung erneut Möglichkeiten und Perspektiven einer effektiven, patientenorientierten Versorgung thematisiert.

Die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die entsprechenden Fachabteilungen bieten seit In-Kraft-Treten der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vor zehn Jahren ein übergreifendes therapeutisches Angebot auf hohem Niveau an. Sie haben sich als Behandlungs- und Kompetenzzentren der psychiatrischen Versorgung bewährt. Die gestiegene Effektivität drückt sich u.a. in sinkenden stationären Behandlungszeiten aus. Die »Vernetzung der Leistungen« ist in allen Bereichen des Gesundheitswesens ein vorrangiges Thema. Auch schwer psychisch erkrankte Menschen nehmen in der Regel mehrere Dienste in Anspruch. Diese stärker aufeinander abzustimmen und zu koordinieren, ist nicht nur aus ökonomischen Gesichtspunkten, sondern insbesondere im Interesse des Patienten notwendig.

Mit dem »personenzentrierten Ansatz« hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE eine Konzeption entwickelt, mit der – durch die Festlegung eines abgestimmten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes – therapeutische Brüche zwischen verschiedenen Behandlungsphasen vermieden werden. Der Patient bzw. seine Bezugspersonen sind bei der Planung stark beteiligt. Behandlung und Rehabilitation sind verknüpft und in das soziale Umfeld des Patienten integriert.

Bundesregierung und Bundesgesetzgeber haben im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 einige Regelungen getroffen, die für die

Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung wichtige Grundlagen sind. So wurde die Psychiatrie-Personalverordnung gestärkt, die ambulante Psychotherapie eingeführt und die Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern mit Versorgungspflichtigen verankert. Es ist erfreulich, dass die AKTION PSYCHISCH KRANKE dies aufgreift und auf dieser Grundlage die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten insbesondere unter dem Fokus kontinuierlicher Qualitätsverbesserung thematisiert. Wir brauchen allerorten eine so handfeste Umsetzung der gesetzlichen Vorschläge in und durch die Praxis. Dabei stehen die Veränderung der Behandlungsorganisation in der Klinik und die personenzentrierte Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit den nachgehenden ärztlichen, rehabilitativen und komplementären Angeboten im Gemeindepsychiatrischen Verbund im Mittelpunkt aktueller und zukünftiger Handlungsoptionen. Im ambulanten Bereich kommt in diesem Zusammenhang der Psychotherapie große Bedeutung zu. Sie unterstützt den Patienten auf dem Weg zu den für ihn jeweils richtigen Hilfen und koordiniert diese.

In letzter Zeit wird von der AKTION PSYCHISCH KRANKE verstärkt darauf hingewiesen, dass das Angebot an Rehabilitation für psychisch kranke Menschen nicht ausreichend sei. Auch wir sehen gegenüber anderen Bereichen der Rehabilitation hier einen Nachholbedarf. Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) haben sich in langjähriger Erprobung als wirkungsvoll und geeignet erwiesen. Sie existieren allerdings noch nicht in allen Ländern. Aufgrund des gesetzlich festgelegten und fachlich empfohlenen Vorranges ambulanter und teilstationärer Rehabilitation vor stationärer, sollte die Selbstverwaltung für eine Fortentwicklung der bisher auf stationäre Erbringung eingeengten Konzeption der Rehabilitationseinrichtungen Psychisch Kranker sorgen.

Ebenfalls besteht Veränderungsbedarf bei häuslicher psychiatrischer Pflege. Unser Haus hat dem Bundesausschuss bereits im letzten Jahr die Erwartung mitgeteilt, dass in den Richtlinien nach § 92 SGBV spezielle Leistungen für psychisch Kranke aufgenommen werden. An dieser Haltung hat sich nichts geändert. Es ist klar, dass sich die Psychotherapie nur bewähren kann, wenn die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen für psychisch kranke Menschen auch ambulant vorgehalten werden können.

Auch diese Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE zeichnet

sich wieder dadurch aus, dass sie unter Einbeziehung vieler Interessenslagen eine übergreifende Diskussion des Themas ermöglicht. Neben Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen sind die unterschiedlichsten Institutionstypen und Berufsgruppen beteiligt. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE zeigt sich damit weiterhin als von Einzelinteressen unabhängiger Motor der Psychiatriereform und als wirksame Lobby für psychisch kranke Menschen.

Ich wünsche Ihnen allen interessante Begegnungen, konstruktive Gespräche und dieser Tagung einen ergebnisreichen Verlauf.

## Psychiatrische Krankenhausbehandlung im Wandel – Probleme und Chancen

## Wandel durch Annäherung: Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde

Heinrich Kunze

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat wichtige Regelungen für die Psychiatrie gebracht. Zwei davon sind für die Krankenhauspsychiatrie unmittelbar von zentraler Bedeutung: Die Psych-PV wurde gestärkt und der § 118 Abs. 2 SGBV (Institutsambulanzen) wurde eingeführt. Die Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Krankenhauspsychiatrie auf dieser Grundlage in Richtung auf Qualitätsverbesserung und Ressourcenoptimierung sind noch längst nicht ausgeschöpft [1, 2, 8]. Um diese Perspektiven geht es in meinem Vortrag. Nachdem ich die klinikinternen Veränderungen thematisiert habe, wird Frau Schleuning anschließend den Fokus auf die Klinik *im* Gemeindepsychiatrischen Verbund richten.

Ich erzähle Ihnen nichts, was es nicht schon gibt, aber vieles, was ich aufgreife, ist bisher eher ein Minderheiten- oder Nischenphänomen, von besonders innovativen und durchsetzungsfähigen Personen auf den Weg gebracht. Meine Absicht ist es, diese Ansätze zu systematisieren und in einen größeren Kontext zu stellen.

Ich beginne mit dem typisierten Schema einer traditionellen Klinik und leite aus den Nachteilen die Anforderungen an eine typisierte Klinik mit personenzentrierter Organisation ab [6, 9, 11]. Dann will ich Phasen auf diesem Weg beschreiben, zum Teil anhand von Beispielen aus unserer Klinik. Die Herausforderung heißt: Trotz Druck in Richtung auf Begrenzung oder Minderung des Ressourcenverbrauchs weiterhin die Qualität verbessern. Den Lösungsweg könnte man auch beschreiben: Von der bettenzentrierten zur patienten- oder personenzentrierten Klinik.

### Die traditionelle bettenzentrierte Organisationsform von Kliniken

Diese Klinik (Abb. 1) ist gegliedert in »bettenführende« und »nicht-bettenführende« Abteilungen. Zugewiesene Patienten landen häufig auf geschlossenen Aufnahmestationen, nur in der Minderheit in der Tagesklinik oder der Institutsambulanz. Dann treten sie ihren Weg von einer Station zur anderen an, ggf. auch zur Tagesklinik oder zur Abteilung »Institutsambulanz«. Viele verlassen die Klinik von

### Wandel durch Annäherung: Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde

einer anderen Einheit als von der, zu der sie den ersten Kontakt hatten.

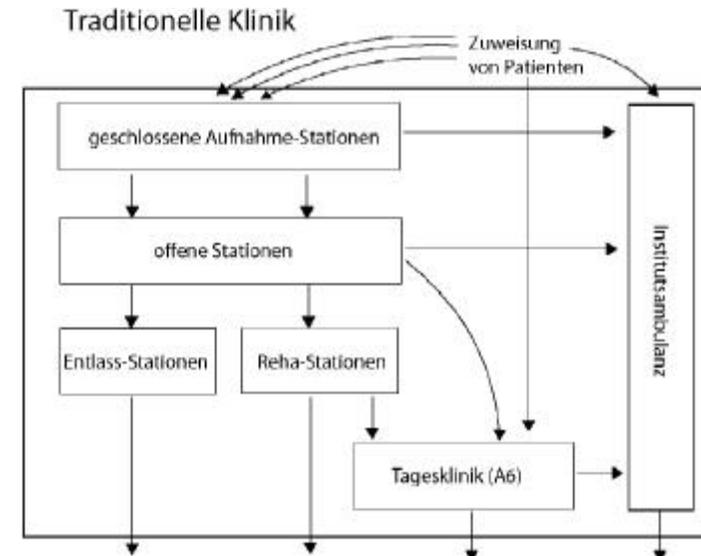


Abb. 1: Traditionelle bettenzentrierte Organisationsform von Kliniken

### Patientensicht

Die Fragmentierung des therapeutischen Prozesses führt dazu, dass Patientinnen und Patienten immer wieder neue Therapeuten bekommen. Immer wieder müssen sie die Lebens- und Krankengeschichte erzählen, immer wieder müssen sie sich an neue Mitpatienten gewöhnen. Entweder werden die Vorbereitungen für einen Stations- oder Abteilungswechsel sorgfältig durchgeführt: Anmeldung, Vorstellungsgespräch, neue Therapiezielvereinbarung, Entscheidung für den Wechsel – dies alles dauert dann seine Zeit oder die Entscheidung wird bei Bettenmangel übers Knie gebrochen: Der Patient wird wie ein Gegenstand weitergereicht. Weil beide Möglichkeiten nicht akzeptabel sind, unterbleibt die Verlegung und die ganze Behandlung findet bis zur Entlassung nur vollstationär auf der (geschlossenen) Aufnahmestation statt.

**Außensicht**

Der Patient/die Patientin hat ggf. Angehörige, Freunde sowie Arbeitskollegen und steht in Beziehung auch zu unterschiedlichen Profis, niedergelassenen Ärzten oder sozialen Diensten usw., die im Vorfeld der Klinikaufnahme mit ihm/ihr befasst waren (Abb. 2).

Betroffene und mit Patienten befasste Personen	
Familie, incl. Kinder	Betreuer/Bevollmächtigter
Nachbarn/Vermieter	Jugendhilfe
FreundInnen	Sozialamt/Wohnungsamt
Amtsgericht	
Arbeitgeber/Kollegen	
Hausarzt/Facharzt	
Psychotherapeut	MDK
Somatische Klinik	Krankenkassen
Sozialpsychiatrischer Dienst	
Allgemeine soziale Dienste	
Komplementäre Einrichtungen	
Suchthilfe/Altenhilfe	
Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung	

Abb. 2: Betroffene und mit Patienten befasste Personen

Deren Sichtweise und Problemdefinition, deren Erwartungen an das, was mit der Behandlung erreicht werden sollte, kommt nicht in der Klinik an oder im günstigsten Falle noch auf der Aufnahmestation. Dann werden aber bei der ersten Verlegung diese mitbefassten Personen abgehängt, denn dass bei solchen internen Verlegungen immer wieder die Kontakte zu denen, die vorher mit dem Patienten befasst waren (und die nach der Klinikbehandlung die Eingliederung zu Hause, die Fortführung der Behandlung usw. fördern und unterstützen könnten), neu hergestellt werden, ist nahezu eine Unmöglichkeit. Die Außenstehenden verlieren den Kontakt zu den in der Klinik Behandelnden, und die Therapeuten der nächsten Stationen wissen nicht mehr, wer zuvor mit dem Patienten außerhalb der Klinik zu tun hatte. Diejenigen, die die Entlassungsvorbereitung betreiben, wissen nicht mehr, was das Problem in der Wechselwirkung von psychischer Krankheit und sozialem Umfeld bei der Aufnahme

war. Die Mitteilungen, Erwartungen, Befürchtungen, Vorurteile, die im Aufnahmeverfahren eine große Rolle gespielt haben, verschwinden oder verdrehen sich ähnlich, wie beim Stille-Post-Spiel, das Sie vom Kindergeburtstag her kennen.

**Ressourcenstufen**

Ein weiteres großes Hindernis sind die riesigen Unterschiede zwischen den Ressourcenstufen stationäre oder tagesklinische Behandlung und Institutsambulanz (der niedergelassene Facharzt ist nochmals geringer ausgestattet), und immer wenn die niedrigere Stufe nicht mehr ausreicht, wird die nächst höhere in Anspruch genommen, was einerseits zur Inflexibilität des Wechsels beiträgt und andererseits zu einer gewissen Ressourcenverschwendung (Abb. 3).

	pro Tag	Woche	Quartal DM	Verhältniszahl (gerundet)
Institutsambulanz (ohne Med.)	DM 4,40 (2,25 Euro)		DM 400,- (204,52 Euro) (Fallpauschale)	<b>1</b>
Tagesklinische Behandlung	DM 200,- (102,26 Euro)	5-Tage-Woche	DM 13.000,- (6.647,79 Euro)	<b>30</b>
Vollstationäre Behandlung	DM 400,- (204,52 Euro)	7-Tage-Woche	DM 36.000,- (18.406,51 Euro)	<b>90</b>

Abb. 3: Modellrechnung: Ressourcen-Stufen

**Patientenzentrierte Klinikorganisation**

Auf folgende Prämissen sei eingangs hingewiesen: § 39 SGBV verlangt, dass eine Klinik nur vollstationär behandelt, wenn sie selbst geprüft hat, dass teilstationäre oder ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Seit der Psychiatrie-Enquête oder spätestens den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) ist die Klinik kein Ort mehr zum Leben für Menschen, die infolge unzureichender Hilfen in ihrem Lebensfeld nicht zurechtkommen. Patienten, die in somatische Kliniken gehen, haben eine Wohnung und ihr Lebensfeld außerhalb und dasselbe hat für psychiatrische Patienten zu gelten. Die Erreichbarkeit ist durch die erhebliche Verkleinerung der Einzugs-

bereiche einerseits und die Verbesserung des öffentlichen Nahverkehrs für viele Patientinnen und Patienten so gut, dass sie nicht (mehr) deshalb in der Klinik übernachten müssen, damit sie morgens rechtzeitig zum Therapieprogramm kommen können. Vollstationäre Behandlung muss also therapeutisch notwendig sein. – Psychiatrische Abteilungen sind jetzt in Bezug auf Institutsambulanzen den Fachkrankenhäusern gleichgestellt.

Aus den oben skizzierten Unzulänglichkeiten der bettenzentrierten Klinikorganisation, in Verbindung mit diesen Voraussetzungen, ergeben sich folgende Anforderungen an eine zukünftige Klinikorganisation, die man im Unterschied zur betten- oder institutionszentrierten Ausrichtung auch als patienten- bzw. personenzentriert bezeichnen kann. Die wichtigste Anforderung ist: Die strategischen therapeutischen Bezugspersonen (Arzt und Bezugsschwester oder Psychologin oder ...) können vom Anfang bis zum Ende der Klinikbehandlung konstant bleiben. Dazu verfügt die Einheit (Abteilung bzw. Station in der Klinik) über ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlungsmöglichkeiten, die so organisiert sind, dass die zuvor genannte Konstanz der strategischen therapeutischen Bezugspersonen über die Wechsel der therapeutischen Abstufungen hinweg gewährleistet wird (Abb. 4).

Neben der integrierten tagesklinischen Behandlung ist für manche Patienten weiterhin auch die Tagesklinik als Station (mit integrierter Ambulanz und Belegbetten) eine gute Behandlungsmöglichkeit. Dasselbe gilt für die herkömmlich separate Institutsambulanz neben der integrierten Form. Statt einer zentralen Aufnahmeabteilung, von der aus dann weiterverlegt wird, heißt die Alternative: Jede Station/Abteilung nimmt auf und entlässt.

Der Erstkontakt zur Klinik soll möglichst im ambulanten Setting stattfinden (und nicht erst, nachdem der Patient oder die Patientin auf der Station schon aufgenommen ist), unter Einbeziehung der wichtigen Bezugspersonen, um die Problemdefinition und die Indikationsstellung für die Interventionsziele und die dafür erforderlichen therapeutischen Maßnahmen ambulant, tagesklinisch, stationär zu bestimmen. Das bedeutet, dass die mehrdimensionale Aufnahmediagnostik zugleich schon die Entlassungsvorbereitung mitdenkt. Es gehört dazu nicht nur, die Symptomatik differenziert und zuverlässig zu erfassen, sondern auch a) die Bedeutung der psychischen Störungen im subjektiven Erleben des Patienten und

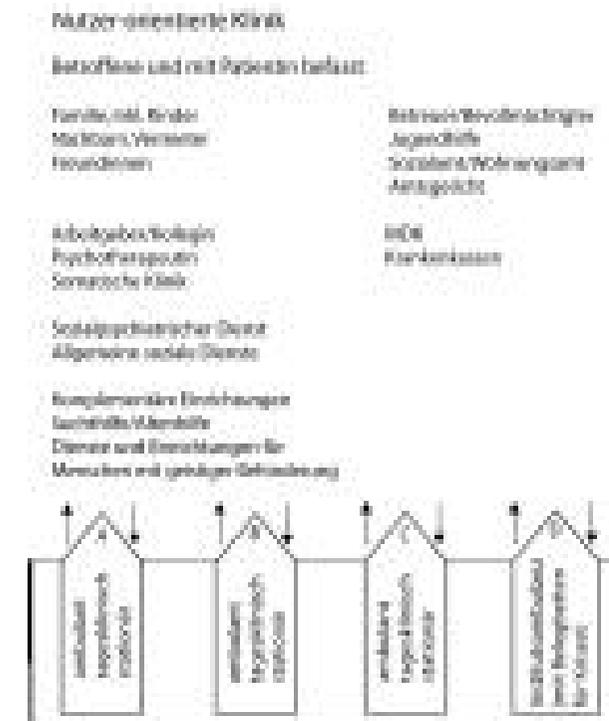


Abb. 4: Nutzerorientierte Klinik

b) die Wechselwirkungen zwischen der Krankheitssymptomatik und den wichtigen Bezugspersonen zu Hause, an der Arbeit, in der Nachbarschaft: Lebensfeldbezogene Psychopathologie. Dabei ist die Aufmerksamkeit darauf zu richten, inwieweit die Lebensverhältnisse die Erkrankung verschärfen oder welche positiven, protektiven Faktoren aufzufinden sind: Ressourcen, Unterstützung, zeitweise Verantwortungübernahme usw., die für die teilstationäre und ambulante Behandlung genutzt werden können, um so die Wiedereingliederung schneller und qualifizierter zu erreichen.

Ziel moderner Klinikbehandlung ist es, dazu beizutragen, dass die Kranken und ihre Angehörigen zu Experten für die Krankheit, ihre Behandlung und Bewältigung werden. Damit muss die Behand-

lung von dort aus erreichbar sein und dort umgesetzt werden, wo die Behandlungsergebnisse genutzt werden sollen und mit den Bezugspersonen dort. Seit langem ist bekannt, wie schwierig die Übertragung psychosozialer Therapie-Ergebnisse vom therapeutischen Setting ins reale Leben ist. Wenn z.B. ein Patient in der Klinik unter Aufsicht Medikamente nimmt, aber nicht versteht warum und nicht für sich nacherlebt, was sie ihm nützen, warum sollte er sie zu Hause weiternehmen, insbesondere, wenn auch seine Bezugspersonen skeptisch sind?

Douglas Bennett, einer der englischen Pioniere der Sozialpsychiatrie, von dem wir in Deutschland besonders viel gelernt haben, hat Anfang der 80er-Jahre in London eine Klinik nach diesen Prinzipien aufgebaut: Im Mittelpunkt standen drei tagesklinische Teams mit ihren Therapie- und Personalräumlichkeiten. Jedes Team war für eine Patientengruppe verantwortlich. Das Team arbeitete in Personalkontinuität auch ambulant und verfügte über Betten, falls ein Patient in der Klinik bleiben musste [4].

### Praktische Umsetzung

Wir werden bei dieser Tagung anschließend auch innovative Ansätze hören, die von einem Neubeginn ausgehen. Ich möchte hier diese Ziele illustrieren mit der Strategie des langfristigen, schrittweisen Umbaus einer traditionellen Klinik.

Ausgangsbasis ist die Psych-PV, die Personal bemisst für typischerweise zu erwartende diagnostische und therapeutische Leistungen für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf. Die Leistungsbeschreibungen definieren ausdrücklich auch die Leistungen, die dazu notwendig sind, das häusliche und sonstige Umfeld in die Behandlung einzubeziehen und mit den außerklinischen medizinischen sowie sozialen Institutionen zu kooperieren. Ich zitiere aus der Pressemitteilung des Bundesarbeitsministers 1990:

»Die geplante Verordnung dient vor allem dem Ziel, in der Psychiatrie eine Therapie zu ermöglichen, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern.« [8]

Die Behandlungsbereiche von A1 bis G6 (vgl. auch Kinder- und Jugendpsychiatrie) sind eben keine Stationskonzepte, die Personalbemessung ist nicht an eine bestimmte Organisationsstruktur gebun-

den. Damit ermöglicht die Psych-PV Organisationsformen, die auch integrierte teilstationäre und auch integrierte ambulante Behandlung realisieren.

Ich will nun unsere Veränderungen auf dieses Idealziel hin beschreiben und beginne mit der Vorphase. Dann berichte ich über die gerade abgeschlossene Projektphase und skizziere die nächsten mittelfristigen Perspektiven, an denen wir arbeiten.

### Vorphase

Vor über zehn Jahren begannen wir im Prinzip auf allen Stationen/Abteilungen, geeignete Patienten auf ihrer (bettenführenden) Station im Einzelfall integriert teilstationär und integriert ambulant zu behandeln: Zum Beispiel der Leitende Arzt/die Oberärztin sieht zugewiesene Patienten möglichst zunächst ambulant, d.h. auch Setting übergreifend und bei Wiederaufnahmen, was besonders wichtig ist bei Suchtkranken oder Patienten mit chronisch rezidivierenden Psychosen. Der Leitende Arzt/die Oberärztin leitet damit nicht nur, sondern leistet auch hoch qualifizierte Patientenversorgung und refinanziert Anteile seiner/ihrer eigenen Stelle damit.

Krankenhausbehandlung definierten wir nicht mehr traditionell als Behandlung *auf* Station oder *im* Krankenhaus, sondern ggf. auch *vom* Krankenhaus *aus im* Lebensfeld zu Hause in der Gemeinde, wenn dies die Behandlungsziele besser erreichbar macht. Solche Hausbesuche oder Aktivitäten im Lebensfeld sind nicht nur Sache der Sozialarbeiter, sondern auch des Stationsarztes oder der Bezugsschwester. Auch wenn solche Aktivitäten mit stationären Patienten oder mit teilstationären und ambulanten Patienten zunächst keinen großen Umfang haben, so ändern sie doch nachdrücklich die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Das häusliche Umfeld, die Bezugspersonen, die Lebenssituation, die reale Welt der Patienten kommen in den Blick und das hilft, die Anpassung der Patienten an die Station als Relevanzkriterium für Behandlungserfolg abzulösen. Es beginnt eine Durchmischung von Patienten nach Schweregraden sowie von neuen Patienten und solchen, die schon therapie- und bewältigungserfahren sind. Die ambulante Nachbehandlung einzelner Patienten durch den behandelnden Arzt in Verbindung mit der Bezugsschwester oder dem psychologischen Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter verändert die Perspektiven von

Therapeutinnen und Therapeuten, die zuvor nur in einem homogenen Setting in der Institution gearbeitet haben. Dies ist eine Fortbildung von unschätzbarem Wert und gibt oft auch einen Motivationsschub, weil viele Therapeuten diesen Arbeitsstil als interessante Herausforderung erleben. Auf die Bedeutung der klassischen Strategien der Personalentwicklung sei hier nachdrücklich hingewiesen, ohne näher auf sie einzugehen.

Auch die Perspektive der Patienten und Patientinnen ändert sich, wenn »ihr(e)« Arzt oder Ärztin und andere Therapeuten zum Hausbesuch kommen. Der Patient erlebt es als Aufwertung, Gastgeber zu sein, die Therapeuten als Gäste zu empfangen ... . Dies erhöht die Compliance sowie das Vertrauen und verbessert die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Der Psychiater erreicht eine ganzheitliche, »hausärztliche« Sichtweise.

#### Projektphase

Nachdem durch diese und andere Fortbildungsmaßnahmen eine zunehmende Meinungsführerschaft von Therapeutinnen und Therapeuten der verschiedenen Berufsgruppen in diese Richtung etabliert war, wurde nach längeren Vorgesprächen vor vier Jahren ein Projekt begonnen, dessen Begleitung durch die Firma FOGS (Köln) vom Bundesgesundheitsministerium finanziert wurde. Die Begleitung bezog sich auch auf andere Standorte mit vergleichbarer Zielsetzung, aber anderen Kontextsituationen: Bremen, Ingolstadt, München, Ravensburg. Davon wird noch an anderen Stellen dieser Tagung die Rede sein. Ich gebe hier nur einen ganz kurzen Bericht unseres Projektes, welches das Generalthema hatte: »*Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie*« [3].

Die ambulante Behandlung ist ja geregelt und finanziert durch die Institutsambulanz. Bei der teilstationären Behandlung wollten wir neben der bisherigen Behandlung nach Ebene 6 Psych-PV auch die akut-teilstationäre Behandlung ausweiten, die durch die Personalbemessung nach Ebene 6 unzureichend berücksichtigt wird. Mit den Krankenkassen konnten wir auf der Grundlage des § 26 Bundespflegesatzverordnung eine Vereinbarung schließen mit folgendem Kern: Für Patienten der Allgemeinpsychiatrie, für die im Budget vollstationäre Betten vereinbart wurden, wird auch dann der

vollstationäre Pflegesatz gezahlt, wenn diese teilstationär behandelt werden, also zusätzlich zu den im Budget vereinbarten teilstationären Kapazitäten. Es pendelte sich eine Inanspruchnahme von sechs bis zehn Plätzen in der Allgemeinpsychiatrie ein, wovon etwa die Hälfte aus dem Kreis der Psychotherapiepatienten und die andere Hälfte für psychosekranke Patienten genutzt wurde.

Das Projekt diente auch dazu, Indikationskriterien für die unterschiedlichen Behandlungsstufen (stationär, akut-tagesklinisch, A6-tagesklinisch, Institutsambulanz) kasuistisch zu entwickeln. Was dabei alles eine Rolle spielt, kann ich jetzt nur in kurzen Überschriften summarisch benennen:

- Die aktuelle Symptomatik der Patientinnen und Patienten;
- die aktuelle Compliance, Krankheitseinsicht;
- der quantitative, insbesondere personelle Behandlungsaufwand;
- die Angehörigen;
- die Verkehrsverbindung zwischen Wohnort und Behandlungs-ort.

Im Rahmen des Projektes wurden einerseits Arbeitsformen entwickelt, die den Wechsel zwischen vollstationär, akut-teilstationär, A6-teilstationär, Institutsambulanz bei therapeutischer Kontinuität flexibilisierten. Auf diese Weise konnte der Lebensfeldbezug der Therapie verstärkt werden bei gleichzeitig schlankerem Ressourcenverbrauch. Andererseits wurde die *intermittierende Behandlung* eingeführt (Abb. 5).

Im Rahmen von Beurlaubungen erproben die Patienten das in der Therapie bisher Erreichte. Dies trägt auch zum schlankeren Ressourcenverbrauchs bei. – Daraus möchte ich die Empfehlung an die Kassen ableiten, Kostenzusagen nicht nach Kalenderdaten zu definieren, sondern als Behandlungstagekontingent, das die Klinik entsprechend dem individuellen Bedarf der Patienten flexibel verwenden kann.

Zusammenfassend möchte ich hervorheben, dass es also durchaus die Perspektive gibt, schlankeren Ressourcenverbrauch und Qualitätsverbesserung miteinander zu verbinden. Doch erfordert dies, eine Reihe von Gewohnheiten zu verändern bzw. Probleme zu lösen. Die Krankenhausleitung muss mit den Behandlungseinheiten (Abteilung/Station) interne Zielvereinbarungen abschließen, die einerseits die Leistungen (Anzahl der Behandlungstage vollstationär

Heinrich Kunze

Station	Alter	Geschl.	Aufnahme	Entlassung	Kalender-tage	Berechnungs-tage	in %	davon Tage RTK
Psychotherapie	25	M	22.07.98	13.11.98	115	55	48	55
Psychotherapie	29	W	03.09.98	02.06.99	273	89	33	43
Psychosestation	29	M	21.10.98	22.02.99	126	88	70	86
Psychotherapie	25	W	25.11.98	21.05.99	179	108	60	72
Psychotherapie	42	M	11.01.99	16.04.99	97	39	40	27
Psychotherapie	31	W	25.02.99	17.06.99	108	50	46	37
Psychosestation	34	W	20.02.99	31.05.99	102	58	57	25
Psychotherapie	31	W	15.05.00	24.05.00	10	5	50	5
Psychosestation	31	M	11.05.00	16.06.00	37	25	68	19
Psychosestation	30	W	02.12.99	29.12.99	28	19	68	14
Psychosestation	26	W	09.12.99	14.12.99	6	4	67	4

Abb. 5: Beispiele für hochflexible Behandlungsverläufe: Verhältnis Kalendertage zu Berechnungstagen

und teilstationär sowie Anzahl der ambulanten Fälle) und andererseits das darauf bezogene Personal-SOLL festsetzten (Abb. 6).

Behandlungsleistungen	Ärzte	Pflege	Psychologen	Sozialarbeiter	u.a.
X stationäre Betten	VK				
Y tagesklin. Plätze	VK				
Z Amb.-Fälle	VK				
	Σ VK	Σ VK	Σ VK	Σ VK	Σ VK

Abb. 6: Behandlungseinheit (Abteilung/Station):  
KL: Interne Leistungsvereinbarung/Personal-SOLL

Wandel durch Annäherung: Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde

Wir haben in der Vergangenheit, unterstützt durch die Psych-PV, die früher viel zu großen Stationen erheblich verkleinert, was ein bedeutender Fortschritt ist. Doch werden solche Einheiten zunehmend unwirtschaftlich, wenn von den 16 bis 18 Patienten nur noch ein Teil über Nacht bleibt. Wir müssen lernen, zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit wieder zu größeren Einheiten zu kommen, im Sinne der Anzahl der Patienten (nicht primär von Betten) in stationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung.

Die Arbeits- und Besprechungsabläufe können im Ressourcenverbrauch optimiert werden, wenn man der Frage nachgeht, ob das multiprofessionelle Team institutions- oder patientenorientiert arbeitet? Herkömmlich konferiert das Personal einer Station: Alles wird in Anwesenheit aller besprochen. Dies ist eine einfache, aber verschwenderische Organisationsform. Dies wird deutlich z.B. bei Teilleistungsleistungen. Sie können leicht ausrechnen: Je geringer die Wochenarbeitszeit, umso geringer wird nicht nur die Zeit für direkte Patientenversorgung, sondern der Anteil der Patientenversorgung an dem Stundenkontingent sinkt überproportional, weil nach Stationsarbeitsplan der Besprechungs- und Konferenzzeitanteil der Woche fix ist. Sie können klar vorhersehen, bei welcher Wochenarbeitszeit eine Teilleistung nur noch in Konferenzen und Besprechungen sitzt und keine Zeit mehr für unmittelbare Behandlungsarbeit hätte. Dazu gehört auch das Thema der patientenorientierten Dienstplangestaltung.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Therapiekonferenzen patientenzentriert zu organisieren, d.h. es wird die gezielte Anwesenheit der je beteiligten Therapeuten der Station oder von außerhalb geplant und andere sitzen nicht unbeteiligt herum. Der Teilnehmerkreis für die Therapiekonferenz ist zu unterscheiden von anderen Veranstaltungen wie Fortbildung, Besprechung der Organisationsprobleme von Arbeitseinheiten.

Die flexibilisierten Behandlungsverläufe lassen sich nicht mehr mit den herkömmlichen Kennzahlen der Bundespflegesatzverordnung abbilden, die von Aufnahme und Verweildauer ausgehen. Ziel müssen Leistungskennziffern sein, die sich auf die Patienteninanspruchnahme im Jahr beziehen.

Da unsere Klinik 20 km südwestlich vor den Toren der Großstadt Kassel liegt, haben wir in den vergangenen 15 Jahren Außenstellen in Kassel und in Hofgeismar gebildet [5]. Die zuletzt gebil-

dete Außenstelle in Hofgeismar arbeitet schon nach diesem Konzept der integrierten stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung. Bei den beiden schon früher in Kassel entwickelten Außenstellen wollen wir jetzt daran gehen, diese Flexibilisierung und Kontinuität über Behandlungsstufen hinweg, zum Teil auch über die Entfernung von Merxhausen nach Kassel hin, zu realisieren.

Alle diese Änderungen der Organisation der therapeutischen Veran-staltung realisieren wir in Gebäuden und Raumzuschnitten, die dafür nicht vorgesehen waren. Wer die Gelegenheit hat, jetzt neu zu bauen oder erheblich umzubauen, sollte sich überlegen, wie diese Arbeitsabläufe durch geeignete Architektur gefördert werden können.

### Mittelfristige Perspektive

Die traditionelle Strategie der Kassen, die auch von einigen Klinikleitern und -leiterinnen verinnerlicht worden ist, führt in die falsche Richtung: Forcierte Verkürzung der stationären Verweildauer. Ich verweise auf die kürzlich publizierte Untersuchung von Richter und Eikermann aus Münster: Der Vergleich der fallbezogenen Verweildauer sowie der personenbezogenen Behandlungstage im Jahr, vor zehn Jahren und jetzt, zeigte: Drastisch verkürzt war bei Alkoholikern die fallbezogene Verweildauer, aber die Behandlungstage pro Person im Jahr hatten erheblich zugenommen [13]. Die Ursache könnten Qualitätsmängel infolge der forciert verkürzten Behandlungsdauer sein.

Bei vielen psychisch kranken Menschen lässt sich durch noch so forcierte und noch so gute Behandlung der Krankheitsverlauf und die Heilung oder Besserung nicht herbeizwingen. Aber die notwendige Behandlungsdauer kann in einem viel geringeren Maße als bisher üblich vollstationär erfolgen. Tagesklinische Behandlung ist am weitesten entwickelt in der Allgemeinpsychiatrie (12 %). Dass in der Suchtpsychiatrie die tagesklinische Behandlung nur 2 % ausmacht, ist sehr verwunderlich [12].

Neben der längerfristigen Suchtbehandlung nach S6 wollen wir jetzt auch die qualifizierte Entgiftung zu einem höheren Anteil tagesklinisch in therapeutischer Kontinuität mit ggf. vollstationärem Beginn realisieren. Wir machen doch die Erfahrung, dass Suchtkranke nach wenigen Tagen in der Klinik kaum »Suchtdruck« verspüren und

durch das schützende Milieu in eine falsche Sicherheit gewiegt werden. Deswegen sind wir wie viele andere Suchttherapeuten dazu übergegangen, die Patienten sehr viel früher wieder der Realität zu exponieren, mit ihnen an der Suchtversuchung und der Suchtwältigung im realen Lebensfeld, mit Rückfällen oder Fast-Rückfällen zu arbeiten.

Die Suchtabteilung haben wir gegliedert in einen Strang für Alkohol- und Medikamentenabhängige einerseits und Drogenabhängige andererseits. Beide oberärztlich geleiteten Stränge arbeiten integriert ambulant, tagesklinisch und stationär. Therapeutenkonzanz über die Wechselfälle von verfrühter Entlassung, Therapieabbruch, Wiederaufnahme hinweg ist von entscheidender therapeutischer Bedeutung.

### Konstruktiver Umgang mit dem Druck auf das Budget

Die übergeordneten Ziele sind einerseits Qualitätsverbesserung und andererseits schlanker Ressourcenverbrauch. Damit verbunden ist ein Perspektivwechsel: Vom Bedarfsdeckungsprinzip (möglichst hohen Aufwand begründen, von dem ein möglichst hoher Anteil finanziert werden soll, z.B. 95, 90, 85 % Psych-PV) zum Prinzip der optimierten Leistungsgestaltung bei gegebenem Budget. Aus den vorhandenen Ressourcen das Beste machen, dafür gibt es verschiedene Blickwinkel, wie in Abb. 7 aufgeführt.

Aus den vorhandenen Ressourcen das Beste machen!  
Dafür gibt es folgende Blickwinkel:

- Wenn die bisherige vollstationäre Behandlungsdauer in Bezug auf die Länge bedarfsgerecht war, so kann dieselbe Dauer mit geringerem Ressourcenverbrauch realisiert werden.
- Wenn der bisherige vollstationäre Ressourcenverbrauch konstant gehalten wird bei zu kurzer Behandlungsdauer, dann kann so eine längere bedarfsgerechtere Krankenhausbehandlung ermöglicht werden.
- Wenn die bisherigen stationären Ressourcen konstant zur Verfügung stehen, können bei sparsamerem Ressourcenverbrauch zu den bisherigen Behandlungsaufgaben neue hinzugenommen werden.

Abb. 7: Ressourcenorientierung

Dies hat auch einen aktuellen Bezug: Die schleichende Erosion der Psych-PV in den letzten Jahren bei gedeckelten Budgets. In dieser Situation gibt es drei Möglichkeiten: Wenn die Organisations- und Leistungsstruktur der Klinik nicht geändert wird, dann muss die Psych-PV in ihrem Realisierungsgrad um X % abgesenkt werden. Man kann aber auch bei gegebenem Budget versuchen, die Leistungsstruktur und den Ressourcenverbrauch zu optimieren, durch mehr tagesklinische und ambulante Krankenhausbehandlung statt stationärer Behandlung und für diese Leistungsstruktur dann wieder 100 % Psych-PV realisieren, bei entsprechender Nutzung der Institutsambulanz. Die dritte Möglichkeit, Psych-PV als Ausnahmetatbestand (wenn auch unter sehr schwierigen Bedingungen), eröffnet der § 6 der Bundespflegesatzverordnung, die im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 geändert wurde [10].

In den Verhandlungen mit den Krankenkassen haben wir aus den Erfahrungen der Vorphase sowie der Modellphase jetzt ein Konzept entwickelt und in der Budgetverhandlung zum Vorschlag gebracht, das zum Teil von einer Absenkung der Gesamtzahl der Betten/Plätze ausgeht, aber in einem erheblichen Anteil vollstationäre Betten in tagesklinische Plätze umwandelt (Abb. 8).

Für die Zukunft haben wir die Absenkung auf 208 Betten vorgeschlagen, bei Erhöhung der tagesklinischen Plätze auf 83. Dabei wollen wir allerdings einen deutlichen Anteil als akut-tagesklinische Behandlungsplätze nach Psych-PV berücksichtigt sehen. Falls Sie das noch nicht für sich gerechnet haben, möchte ich darauf hinweisen, dass das Ressourcenvolumen für tagesklinische Behandlung weniger als 50 % des Ressourcenvolumens für vollstationäre Behandlung ausmacht, wenn Sie berücksichtigen, dass der Pflegesatz für tagesklinische Behandlung niedriger ist und i.d.R. für fünf statt für sieben Tage berechnet wird. Ein Rechenbeispiel: Wenn z.B. als Budgetkürzungsziel das Finanzvolumen von zehn Betten angestrebt wird, dann können Sie dieses Ziel auch ohne Platzzahlabsenkung durch Umwandlung von 20 Betten in 20 tagesklinische Plätze erreichen. Dies sollte übrigens bei der Bettenbedarfsplanung des Landes Berücksichtigung finden.

Allerdings ist die klinikinterne Umsetzung nicht so einfach wie dieser Rechenweg, denn die Ressourcenabsenkung ist mit der qualifizierten Aufgabenerfüllung, nämlich der Behandlung von Patienten nur dann vereinbar, wenn die Absenkung auch parallel in den

Wandel durch Annäherung: Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde

	Psychiatrische Klinik			Ambulanz	Neuropsychiatrie	Maßregelvollzug
	Summe	Betten	Tagesklinik			
1998	346	304	42	↑	---	---
200X	291	208	83	↑	16	- 72
	- 55	- 96	+ 41	↑	+ 16	- + 72

Abb. 8: ZSP Kurhessen

verschiedenen Leistungsbereichen des Krankenhauses stattfindet und nicht durch einen Einstellungsstopp der unterschiedlichen Fluktuation bei verschiedenen Personalgruppen überlassen bleibt, die vor allem den ärztlichen und den Pflegedienst trifft. Erleichtert wird diese Anpassung, wenn es gelingt, neue notwendige Aufgaben zu übernehmen, z.B. Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK), Maßregelvollzug.

Infolge der Qualitätsverbesserung nimmt das Stigma Psychiatrischer Kliniken ab; der Zugang wird niederschwelliger für Patienten, die bisher nicht in die Psychiatrie kamen, z.B. aus somatischen Kliniken, aus (oft wohnortfernen) Psychotherapiekliniken. Einspar-effekte der Klinikpsychiatrie sind also auch in somatischen und psychotherapeutischen Klinikbereichen zu berücksichtigen.

Zusammenfassung

Ich habe verschiedene Möglichkeiten dargelegt, die Qualität der Krankenhausbehandlung und ausreichende Behandlungsdauer einerseits mit möglichst schlankem Ressourcenverbrauch andererseits zu verbinden. Die Zielrichtung heißt: So viel tagesklinisch und ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig. Die bettenzentrierten Einheiten (»nicht Betten führende Einheiten« sind Tagesklinik und Ambulanz) werden zu patientenzentrierten Einheiten, die nach dem individuellen Bedarf flexibel stationär, teilstationär und ambulant behandeln.

- Die Intensität kann (fast) als Kontinuum »dosiert« werden.
- Die Übergänge werden niederschwellig ohne Beziehungsabbrüche für Patient und Angehörige, auch für die beteiligten Profis der Vor- und Nachbehandlung sowie -versorgung.

- Intermittierende Klinikbehandlung: Mehr oder weniger ausgedehnte und häufige Urlaube werden zu therapeutischen Übungen genutzt.

Dies hat positive therapeutische und ökonomische Folgen. Einerseits wird so stärker das Lebensfeld in die Behandlung einbezogen und der Transfer der Therapieergebnisse ins reale Leben verbessert. Die Problemdefinition und die Therapiezielbestimmung geht von der Relevanz für den Patienten in seinem Lebensfeld aus. Die Realisierung der Therapieergebnisse im privaten und beruflichen Lebensfeld findet während der Behandlung statt und wird nicht als Aufgabe den Patienten nach der Entlassung mitgegeben. – In diesem Sinne kann man die Klinikbehandlung flexibilisieren bei ausreichender Behandlungsdauer, statt die Verkürzung der stationären Verweildauer als Selbstzweck zu maximieren.

Wenn wir für unsere Situation der Auffassung sind, in der Zukunft mit einem schlankeren Ressourcenverbrauch auszukommen, so kann man das nicht ohne weiteres auf andere Regionen übertragen, wenn dort noch eine Unterversorgung gegeben ist. – In städtischen Regionen kann man eher tagesklinisch behandeln als in ländlichen.

Ich bin nicht auf die DRG eingegangen [7], weil ich der Auffassung bin, dass wir auf der Grundlage der Psych-PV im Sinne der flexibilisierten und intermittierenden Behandlungsabläufe erst einmal die zukunftsorientierten Therapiekonzepte und Organisationsstrukturen weiterentwickeln sollten, um dann sorgfältig zu prüfen, wie solche klinischen Behandlungsformen durch Finanzierungsanreize unterstützt statt ggf. in die falsche Richtung gesteuert zu werden.

## Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRANKE, DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT, SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 1998
2. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 1996

3. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Aspekte der Implementierung von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung – Abschlussbericht der Projektgruppe »Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie«. Band 138 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 2001
4. BENNETT, D.H.: Ein »District Service Centre« am Maudsley Hospital. In: KUNZE, H., PICARD, W., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsberichte Band 18, Rheinland-Verlag, Köln 1992
5. HEMMEN, G., KRISTEN, R., KUNZE, H.: Die kleine psychiatrische Abteilung Hofgeismar. Ein kasuistischer Beitrag zum Thema Dezentralisierung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Krankenhauspsychiatrie, 11, 2000, S. 60–63
6. KAUDER, V., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997
7. KRUCKENBERG, P., WOLFERSDORF, M., BAUER, M. et al.: Vergütung psychiatrischer Leistungen im neuen Krankenhaus-Entgeltssystem (DRG-System). Der Nervenarzt, 11, 2001, S. 894–896
8. KUNZE, H., KALTENBACH, L. (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung, 4. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2002
9. KUNZE, H.: Personenzentrierter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. psycho, 25 (12), 1999, S. 728–735
10. KUNZE, H. et al.: Die Psych-PV ist wieder finanzierbar! Krankenhauspsychiatrie, 11, 2000, S. 169–171
11. KUNZE, H.: De-Institutionalisierung im Kopf – vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. Krankenhauspsychiatrie, 12, 2001, S. 48–55
12. KUNZE, H.: Nur mehr oder auch besser? – Die Auswirkungen der Psychiatrie-Personalverordnung auf die (teil-)stationäre Behandlung. In: WIENBERG, G., DRIESSEN, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001
13. RICHTER, D., EIKELMANN, B.: Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Positive oder negative Konsequenzen? Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 29 (3), 2000, S. 67–72

## Die Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Gabriele Schleuning

Die folgenden Ausführungen beruhen auf Erfahrungen mit der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in München-Süd. München-Süd nimmt bezüglich seiner GPV-Entwicklung eine Sonderrolle ein, weil es vom Bezirk Oberbayern, dem Träger unserer Psychiatrischen Versorgung, speziell gefördert wird und eine der Modellregionen ist, in der die AKTION PSYCHISCH KRANKE die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes beobachtet und begleitet.

Leitgedanke Nr. 1, auch für mein heutiges Thema, und Richtschnur für unser Handeln und Verhandeln – ob es um fachliche Ausrichtung, Organisation, Planung oder Finanzierung geht – ist die Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung von *einer einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Organisation*.

Und weil personenzentriert bedeutet, dass der einzelne Patient sowohl zum jeweils aktuellen Zeitpunkt als auch im zeitlichen Verlauf in seiner Ganzheit, d.h. mit allen seinen Bedürfnissen und Behandlungsanforderungen gesehen werden muss, müssen nicht nur die gleichzeitig benötigten Hilfen integriert sein, sondern auch die zeitlich aufeinander folgenden ambulanten und stationären Behandlungsabschnitte. Das bedeutet, dass die Klinik Partner im GPV sein muss (siehe Abb. 1).

Das ist leichter gesagt als getan – so zumindest unsere Erfahrungen in München. Die Psychiatrische Klinik war es lange gewohnt, Zentrum des psychiatrischen Geschehens zu sein:

- Neue Behandlungskonzepte und -strategien wurden in den Psychiatrischen Kliniken konzipiert und erprobt.
- Klinikdirektoren repräsentierten die Psychiatrie in Politik und Öffentlichkeit.
- Wann ein Patient verlegt oder entlassen wurde und wohin, bestimmte die Klinik.
- Wenn es psychiatrisch schwierig wurde (oder aber auch nur abends oder am Wochenende) war die Klinik gefragt.
- Was nicht stationär geschah, wurde als »Vor«- und »Nach«-Behandlung«, als »komplementär« bezeichnet.

Hier sind Veränderungen angesagt. Durch die Entwicklung der letzten Jahrzehnte – Enthospitalisierung und Dezentralisierung, Eman-

## Die Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund



Abb. 1: Die Psychiatrische Klinik muss Partner im GPV sein

zipation von Patienten und Angehörigen, gesellschaftlicher Wertewandel, Fortschritte in allen Bereichen psychiatrischer Behandlung, mehrdimensionales Krankheitsverständnis – sieht sich das Psychiatrische Krankenhaus vor neue Rahmenbedingungen gestellt (siehe Abb. 2).

Gesundheitspolitische Anforderungen, Qualitätsanforderungen, ökonomische und betriebswirtschaftliche Anforderungen, insbesondere aber eine erheblich veränderte Versorgungslage mit mehreren stationären und teilstationären und einer Vielzahl von ambulanten Einrichtungen sowie der in dem Leitgedanken Nr. 1 genannte Paradigmenwechsel erfordern von der Psychiatrischen Klinik, dass sie ihre Rolle, ihren Auftrag, ihre Funktion und ihr Selbstverständnis neu definiert. Die Teilnahme am GPV erfordert dies zwingend. Hier nämlich ist es Programm, dass Aufgaben, Verantwortung, Macht und Ressourcen, insbesondere aber die Versorgungspflicht neu verteilt werden müssen. An der Versorgungssituation in München-Süd (siehe Abb. 3) soll dies veranschaulicht werden.

Wir befinden uns in München-Süd in einer Versorgungslandschaft, die sowohl stationär als auch ambulant umfangreich, vielfältig, bunt und differenziert ist. 40 Nervenärzte, 1 Institutsambulanz



Abb. 2: Das Psychiatrische Krankenhaus vor neuen Rahmenbedingungen



Abb. 3: Versorgungssituation in München-Süd

mit 2 Standorten, 2 Sozialpsychiatrische Dienste, 3 Tagesstätten, 280 betreute Wohnplätze, 1 Wohnheim, 1 Integrationsfirma und 10 Psychosoziale Beratungsstellen stehen einem stationären und teilstationären Bereich gegenüber, der über eine beachtliche Vielzahl verschiedener Settings, Spezial- und Schwerpunktangebote verfügt (siehe Abb. 3 und 4).



Abb. 4: Leistungsprofile

Vergleichbar anderen großstädtischen Regionen leben in München-Süd ca. 3000 bis 4000 Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, die nicht »ambulante« oder »stationäre« Patienten sind, sondern Patienten, die – mehr oder weniger und unterschiedlich von Zeit zu Zeit – Leistungen aus beiden, dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor nutzen; die, wie die Gruppe unserer Langzeitpatienten im Atriumhaus, in 70 % der Fälle nicht nur bei uns, sondern gleichzeitig an ein bis sechs weiteren Stellen psychiatrisch betreut werden; die, wie der »typische« Patient aus unserem Casemanagement-Projekt<sup>1</sup>, immer wieder und meist nur kurz stati-

1 BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement, Baden-Baden 2000

onär und in den langen Zeiten dazwischen ambulant in verschiedenen Funktionsbereichen, bei verschiedenen Einrichtungen unterschiedlicher Träger behandelt werden; die aber oft – im Gegensatz zu den Patienten aus unserem Casemanagement-Projekt – keinen Casemanager und keine koordinierende Bezugsperson haben, sondern die verschiedenen Angebote eher beliebig und unkoordiniert, wenig gezielt und bedarfsgerecht nutzen (siehe Abb. 5)



Abb. 5: Versorgungssituation chronisch psychisch Kranker

Vielfältige Erscheinungen von Unter-, Über- und Fehlversorgungen, zunächst auf Ebene des einzelnen Patienten, dann aber auch im Bezug auf das Leistungsangebot insgesamt, sind die Folge. Dies zu überwinden und abzulösen durch ein abgestimmtes und aufeinander bezogenes Gesamtleistungsprofil, stellt komplexe Anforderungen an die Versorgungspartner. Mit dem Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der Klinik und ambulante Einrichtungen als gleichwertige Partner umfasst, wollten wir uns in München-Süd dieser Anforderung stellen.

Das GPV-Rahmenkonzept des Bezirks Oberbayern von 1998, das nicht nur einen Verbund zwischen den stationären und ambulanten Einrichtungen vorsieht, sondern – in einem zweiten Schritt – auch die niedergelassenen Nervenärzte einbeziehen will, schuf hierfür geeignete Rahmenbedingungen. So haben wir in München-Süd 1999 zunächst einen ambulant-komplementären Verbund AKV gegründet, der dann im März 2000 einen Kooperationsvertrag mit den beiden stationären Einrichtungen, die eine psychiatrische Versorgungsverpflichtung für München Süd haben, abgeschlossen hat (siehe Abb. 6).



Abb. 6: Organisationsschema des GPV München-Süd

Partner auf der ambulanten Seite des Verbundes sind mittlerweile die zwölf Träger, die den Großteil der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen betreiben; auf der stationären Seite das Atriumhaus und der Fachbereich Süd des Bezirkskrankenhauses Haar. Mit der Psychiatrischen Uniklinik, die in München-Süd liegt und jährlich ca. 340 Patienten aus München-Süd behandelt, laufen derzeit Verhandlungen bezüglich einer Teilnahme an der Regelversorgung.

Unter der Überschrift »gemeinsame Wahrnehmung der Versorgungsverpflichtung für alle psychisch Kranken der Region durch Bereitstellung zeitgemäßer und abgestimmter Hilfeangebote« haben die GPV-Partner sich darauf geeinigt, an Inhalten zu arbeiten, die diesem Ziel dienen: Eine gemeinsame Personalentwicklung, ein gemeinsames Entwicklungskonzept, ein gemeinsames Leitbild, eine einrichtungsübergreifende Dokumentation als Mittel für Planung und Steuerung, vor allem aber Qualitätssicherungsmaßnahmen an den Schnittstellen. Die einzelnen Projekte und Vorhaben des GPV (siehe Abb. 7) ordnen sich diesen Zielen unter:

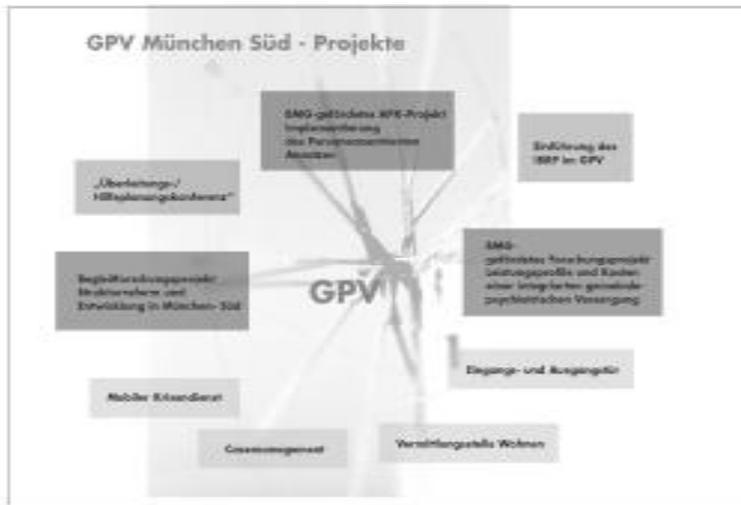


Abb. 7: Projekte des GPV

- Das in mehreren GPV-Einrichtungen verankerte Casemanagement-Projekt will Behandlungsabstimmung über ambulante und stationäre Behandlungsabschnitte hin gewährleisten.
- Im Mobilien Krisendienst München-Süd rücken Mitarbeiter aus Klinik und ambulanten Einrichtungen gemeinsam zu Notfällen aus.
- Die Vermittlungsstelle Wohnen (in Vorbereitung) soll nicht zuletzt dazu dienen, das Psychiatrische Krankenhaus von immer noch häufigen »Fehlliegern« zu entlasten, Verlegungen in ungeeignete

te Heime zu verhindern und den Wohnbereich stärker in die Versorgungsverpflichtung einzubinden.

- Die »Eingangs- und Ausgangstür«, auf die ich später eingehe, will die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär qualifizieren.
- IBRP-Einführung und Überleitungskonferenzen dienen der Anwendung des personenzentrierten Ansatzes im Versorgungsalltag.
- In den Begleitforschungsprojekten wird das Zusammenwirken, aber auch das Nebeneinander- und Gegeneinanderwirken der einzelnen Leistungsbereiche beobachtet, untersucht, bewertet, um daraus für andere GPV zu lernen.
- Schließlich wird in dem am Atriumhaus angesiedelten Forschungsprojekt »Leistungsprofile und Kosten einer integrierten gemeindepsychiatrischen Versorgung« anhand einer Gruppe von 100 schizophrenen Patienten die Leistungsverteilung auf die verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen und Funktionsbereiche untersucht.

Auf dem mühsamen Weg der GPV-Entwicklung, den wir in München-Süd seit nunmehr sechs Jahren gehen, zeigt sich, dass der Leitgedanke Nr. 1, die Sicherstellung eines personenzentrierten, integrierten regionalen Hilfesystems Veränderungen und Bewegungen von beiden Seiten erfordert (siehe Abb. 8): Die bisherige Dichotomie von stationärer Behandlung und ambulanter Behandlung muss abgelöst werden durch ein gestuftes, individuell gestaltbares System mit Zwischenstufen zwischen ambulant und stationär. Klinik und ambulanter Bereich müssen bezüglich Haltung und Strukturen voneinander lernen.

Mit dem Atriumhaus haben wir dafür in München-Süd ein Übungsfeld, auf dem wir Erfahrungen sammeln konnten. Eröffnet vor sieben Jahren, in Ermangelung der Möglichkeit, die Gesamtversorgung in die Stadt zu verlegen, als Außenposten und Ergänzung der Stationen im Bezirkskrankenhaus Haar, haben wir ein Modell eingerichtet, das ich in diesem Zusammenhang als »Ambulante Klinik« vorstellen möchte.

Ambulante Klinik, weil wir

- nach den Leitlinien der Gemeindepsychiatrie arbeiten,
- über die Ausstattung und die Erfahrungen der Klinik verfügen,
- die blockartige Aufteilung in ambulant und stationär überwin-



Abb. 8: Voneinander lernen

- den, dadurch dass MitarbeiterInnen aus allen Abteilungen und Berufsgruppen ambulante Patienten betreuen, sich an den Bereitschaftsdiensten der Ambulanz beteiligen, am Mobilen Krisendienst teilnehmen,
- die Ambulanz als Anlaufstelle und Verteiler für alle Patienten und alle Abteilungen nutzen, auch als Eintrittspforte und Zuweiser für die stationären und teilstationären Einheiten,
  - vielfältige Abstufungen von ambulant und teilstationär »unterhalb« des vollstationären Settings anbieten (siehe Abb. 9).

So konnten wir Erfahrungen sammeln für das ambitionierteste unserer derzeitigen GPV-Projekte – das Projekt »Eingang- und Ausgangstür in die Psychiatrische Klinik«, dessen Eingangstür ich ihnen abschließend vorstellen möchte (siehe Abb. 10).

Den Begriff Eingangstür haben wir vom englischen »point of entry« übernommen. Wir wollen ihn hier benutzen für den (Zeit-)punkt an dem das bisherige ambulante Setting nicht mehr ausreicht; an dem ein Übergang in eine intensivere Form der Behandlung – üblicherweise im Psychiatrischen Krankenhaus – notwendig ist.



Abb. 9: »Ambulante Klinik« Atriumhaus



Abb. 10: Warum eine Eingangstür?

In München-Süd kommen ca. acht Menschen täglich an diesen Punkt, gelangen an die Pforte einer der zur Verfügung stehenden stationären Einheiten; oft genug allein, mit Angehörigen oder Freunden, durch die Polizei, mit Notdiensten; nur in der Hälfte der Fälle durch Einweisung von professioneller Seite.

Wer von ihnen sich wohin wendet bzw. wohin zugewiesen wird und wer letztlich wo aufgenommen wird, unterliegt in hohem Maße Kriterien wie Zugangsschwelle, freie Kapazität, Kenntnis und Gepflogenheit der Zuweiser, persönliche Vorlieben etc., eher weniger davon, was für den jeweiligen Patienten gerade die am besten geeignete Behandlung und das am meisten geeignete Setting wäre. Das breit gefächerte, differenzierte und spezialisierte Leistungsangebot der Kliniken, dem diese einen so hohen Stellenwert beimessen, kommt dabei kaum zum Tragen.

Mit dem Projekt »Eingangstür« wollen wir diesen markanten und sensiblen Punkt im Behandlungsverlauf zunächst stärker ins Bewusstsein aller Versorgungspartner rücken, um ihn dann, in einem zweiten Schritt, professioneller und qualifizierter zu gestalten.



Abb. 11: Die Eingangstür zur Akutbehandlung

Dazu sind Fragen im Vorfeld nötig, über die stationäre und ambulante GPV-Partner sich verständigen müssen: Die Indikation zur stationären Aufnahme, die Frage, wer über die stationäre Aufnahme künftig entscheiden soll, der Behandlungsauftrag an den stationären Behandlungsabschnitt etc. Fragen, die wichtig sind, um schließlich die *Eingangstür* als konkrete neue Funktionseinheit so zu gestalten, dass sie die folgenden Kriterien erfüllt:

- Sie muss eine von allen als solche verstandene Gemeinschaftsaufgabe der verschiedenen stationären *und* der ambulanten Leistungsanbieter sein.
- Sie muss ambulante und stationäre Facetten des Versorgungssystems gleichermaßen wahrnehmen.
- Sie muss eine unmittelbare Zuweisungsbefugnis zu den stationären Behandlungseinheiten und ihren Alternativen haben.
- Sie muss jedem akut und intensiv behandlungsbedürftigen Patienten den einfachsten Weg in die für ihn am besten geeignete Behandlungsform weisen (siehe Abb. 11).

Wenn sie diese Voraussetzungen erfüllt, wird sie Patienten und Zuweisern eine kompetente Einheit zur Orientierung und Wegweisung sein und die knappen Ressourcen der Klinik angemessen und bedarfsgerecht einsetzen.

### Anmerkung

Die Grafiken stammen von Kathrin Göttlich, München.

### Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Bd. 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden, 2000

## Zielorientierte Behandlung und ressourcenschonende Steuerung: Zum Potenzial von Steuerungsstandards auf der Grundlage der Psych-PV

Peter Kruckenberg

Die Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der psychiatrischen Krankenhausbehandlung durch ein Vergütungssystem, am Beispiel der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), ist ein komplexes Thema, das sich in vier Abschnitte gliedern lässt.

- Allgemeine Anforderungen an ein Vergütungssystem
- Spezielle Anforderungen an ein Entgeltsystem für die psychiatrische Krankenhausbehandlung
- Die Steuerungswirkung der Psych-PV im Vergleich zu einem Fallpauschalensystem
- Konzeptionelle Anregungen zu einer Weiterentwicklung der Psych-PV

Das Gesundheitssystem benötigt intelligente Steuerungsmechanismen, damit die komplexen Aufgaben in einem sich ständig entwickelnden Umfeld von Hilfebedarfen und Leistungsmöglichkeiten angemessen durchgeführt und wirtschaftlich erbracht werden können. Eine Besonderheit des Gesundheitssystems liegt darin, dass marktwirtschaftliche Mechanismen zur Steuerung nicht ausreichen, weil die Patienten die Funktionen eines Kunden nur partiell ausfüllen können: Sie sind durch die Krankheit geängstigt, von den Anbietern abhängig und »bezahlen« die Leistungen nicht direkt, sondern über die Krankenkassen, d.h. ohne unmittelbare Rückwirkung auf ihren Geldbeutel. Dementsprechend haben liberalisierte Medizinmärkte die Tendenz zu expandieren, wenn sie nicht durch Budgets limitiert sind (Evans zitiert nach Kühn). [3]

Fest gedeckelte Budgets wiederum sind nicht mit dem gesetzlichen Anspruch eines jeden einzelnen Versicherten auf angemessene und notwendige Leistungen vereinbar, es sei denn, die Ressourcen im System sind insgesamt ausreichend und durch intelligente Steuerung bedarfsgerecht zuzuordnen.

Wenn ich mich im Hinblick auf die Steuerung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung in diesem Referat auf die Steuerungseffekte von Vergütungs- oder Entgeltsystemen beschränken

## Zielorientierte Behandlung und ressourcenschonende Steuerung

muss, so ist es umso wichtiger, hervorzuheben, dass dies nur ein Element – allerdings ein bedeutsames – für die Entwicklung des Leistungsgeschehens ist, neben z.B.

- der Krankenhausbedarfsplanung durch die Länder,
- dem Verhandlungsgeschehen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sowohl um die Budgets wie im Einzelfall,
- den Vorgaben durch die Bundesregierung (Beitragssatzstabilität, Grundlohnsummensteigerung),
- den Verteilungskämpfen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern und innerhalb der Krankenhäuser zwischen den verschiedenen Disziplinen,
- den gutachterlichen Funktionen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und nicht zuletzt,
- dem therapeutischen Handeln der im psychiatrischen Bereich tätigen Mitarbeiter des Krankenhauses.

Diesen letzten Punkt möchte ich in einem kurzen Exkurs betonen: Qualität im Gesundheitswesen kostet Geld, aber ein wesentlicher Teil der Qualität, gerade auch in der psychiatrischen Versorgung, ist unbezahlbar: Zuwendung, mit-aushaltende Begleitung in schwierigen Belastungssituationen, Suche nach Konfliktlösungen und nach sinngebender Zukunft in scheinbar aussichtslosen Lagen, Anstrengungen der Mitarbeiterschaft zur Weiterentwicklung des Hilfesystems usw.

Die wesentlichen Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung in den letzten 30 Jahren sind nahezu durchgehend von Menschen auf den Weg gebracht worden, die sich aus intrinsischer Motivation denkend und handelnd eingesetzt haben und nicht, weil ein Entgeltsystem sie dafür belohnt hätte.

### Allgemeine Anforderungen an ein Vergütungssystem

Mit dieser Einschränkung hinsichtlich der Steuerungswirkungen möchte ich die folgenden Anforderungen an ein Vergütungssystem formulieren. Es muss

- leistungsbezogen und flexibel,
- transparent und kontrollierbar,
- einfach anzuwenden und
- effizienzfördernd sein.

Leistungs- oder aufgabenbezogen soll heißen, dass die Entgelte entsprechend dem Hilfebedarf in jedem Einzelfall vor allem für die Finanzierung der therapeutisch wichtigsten Primärprozesse gemäß dem Stand des therapeutischen Fortschritts eingesetzt werden müssen. Wenn es stimmt, dass in amerikanischen Krankenhäusern ca. 40 % der Mittel für die Verwaltung u.Ä., bis hin zur Werbung eingesetzt werden, wäre dies ein gutes Gegenbeispiel. Vergütungssysteme sind flexibel, wenn das Leistungsgeschehen dem aktuellen Hilfebedarf angemessen angepasst werden kann und nicht umgekehrt der Hilfebedarf an ein durch die Finanzierungsbedingungen rigides Leistungsgeschehen angepasst werden muss. Wenn z.B. die Quartalspauschale für ambulante Behandlung durch das Krankenhaus in der Größenordnung der Tagespauschale für stationäre Behandlung liegt, wird Flexibilität ökonomisch verhindert. Da man davon ausgehen muss, dass der Hilfebedarf kontinuierlich verteilt ist, kann eine solche Entgeltregelung nur dazu führen, dass ein Teil der Patienten unterversorgt, ein anderer Teil überversorgt ist. Ähnlich ist es bezüglich der Hilfen im Wohnbereich, wobei in vielen Regionen ein fixer Schlüssel im Betreuten Wohnen von 1:12, einem Betreuungsschlüssel in Heimen von ca. 1:3 gegenübersteht, wiederum mit der Folge von Unterversorgung oder unnötiger vollstationärer Betreuung.

»Transparent und kontrollierbar« soll bedeuten, dass der gesetzlich vorgegebene oder vereinbarte Leistungsrahmen auch eingehalten wird, d.h. dass keine unnötigen oder unnötig ausgeweiteten Leistungen zur Steigerung der Erlöse oder für den Patienten nachteilige Einschränkungen der Leistungen zur Einsparung von Zeit oder Kosten erfolgen können. Leistungsausweitung und Punkteverfall im Zuge der Deckelung des Budgets im KV-Bereich oder die erhöhte Häufigkeit mancher chirurgischer Eingriffe bei Privatpatienten verweisen auf Probleme der Überprüfbarkeit.

Ein Vergütungssystem muss einfach anzuwenden sein, damit Verzögerungen und Ungleichbehandlungen, aber auch administrativ bedingte Kostensteigerungen vermieden werden. So sind die krankhausindividuellen Pflegesatzvereinbarungen, trotz mancher Vorteile, m.E. ein Beispiel für eine auch in der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu überwindende Komplexität, weil trotz zeitaufwändiger Verhandlungen, angesichts der Komplexität der Verhältnisse, die Krankenkassen weder die möglichen Rationalisierungs-

reserven noch die Überlastungsmomente des Krankenhauses angemessen beurteilen können.

Die Aufgabe, dass ein Entgeltsystem ökonomische Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, d.h. zur Förderung von »good practice« im Sinne einer Steigerung der Effizienz geben soll, ist anscheinend am schwersten zu erfüllen. Beispiel für kontraproduktive Steuerungsansätze ist erneut die häufig von den Krankenkassen durchgesetzte Quartalspauschale für die psychiatrische Institutsambulanz: Bei vorwiegender Orientierung am ökonomischen Ziel führt dies zu einer Fallzahlausweitung und zur Verschlechterung der kontinuierlichen Begleitung insbesondere in Form von Hausbesuchen und zeitaufwändiger Einbeziehung des sozialen Umfelds bei besonders hilfebedürftigen Klienten. Umgekehrt wird durch das Bayerische Modell einer am Zeitaufwand für den einzelnen Klienten orientierten leistungsbezogenen Finanzierung die Aufrechterhaltung von therapeutischem Kontakt zu Klienten mit wenig Compliance und erhöhter Rückfallgefährdung stimuliert.

### Spezielle Anforderungen an ein Entgeltsystem für die psychiatrische Krankenhausbehandlung

- Welche strukturellen Besonderheiten sind im System der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu beachten?
- Welche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele sollen angesteuert werden?

Die meisten psychisch kranken Menschen, die Hilfe durch das psychiatrische Krankenhaus benötigen, leiden unter schweren und/oder chronisch verlaufenden Erkrankungen, deren nachfolgend genannte Besonderheiten sie von akuten somatischen grundlegend unterscheiden:

- Die Diagnose (z.B. gem. ICD-10 oder DSM IV) sagt nur wenig über die notwendige Art, Intensität und Dauer der Behandlung aus.
- Letztere hängen im besonderen Maße von dem im Laufe des Lebens erworbenen Kompetenzen und Vulnerabilitäten und von den belastenden und unterstützenden Bedingungen im aktuellen sozialen Umfeld ab, das deshalb in den meisten Fällen in die Behandlung einzubeziehen ist.

- Der Behandlungsverlauf, d.h. Intensität und Dauer der Krankenhausbehandlung sind zu Beginn der Behandlung, aber auch im Verlauf, nicht oder nur sehr begrenzt prognostizierbar.
- Die Mehrzahl der Patienten benötigt einen an den Verlauf angepassten flexiblen, berufsgruppenübergreifend erbrachten, integrierten Behandlungsplan (ein Komplexleistungsprogramm), in dem während der Behandlungsepisode der Status als vollstationärer, teilstationärer oder ambulanter Patient wiederholt wechseln kann.
- Von besonderer Bedeutung ist die personale Kontinuität der Behandlung, d.h. die verlässliche Begleitung durch therapeutische Bezugspersonen (Ärzte und andere Berufsgruppen) unabhängig vom aktuellen Status des Patienten.
- Aktuelle Verschlimmerungen im Verlauf erfordern den Zugang zu einem mobilen Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr und die
- Versorgungsverpflichtung des regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauses (bzw. der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus) im Hinblick auf die teilstationäre und stationäre Aufnahme, in manchen Fällen auch unter Einbeziehung vorübergehender Maßnahmen gegen den Willen des Patienten.
- Bei jedem Patienten sind ständig die Selbsthilfekräfte, auch die des Umfelds, zu mobilisieren, d.h. die Gratwanderung zwischen Über- und Unterversorgung ist sorgfältig auszusteuern.
- Dazu gehört auch die enge Kooperation mit den übrigen ambulanten und komplementären Leistungsanbietern im Gemeindepsychiatrischen Verbund sowie mit allgemeinmedizinischen und allgemeinen sozialen Diensten und Einrichtungen, vor allem mit dem Ziel der frühest möglichen abgestimmten Überleitung aus der Krankenhausbehandlung, d.h. konsequenter Beachtung der Subsidiarität von Krankenhausbehandlung.

Zusammenfassend geht es darum, dass sich in der Region für die Versorgung der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen ein »personenzentriert« organisiertes Hilfesystem im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds entwickelt, in welches die ambulante – teilstationäre – stationäre Krankenhausbehandlung integriert ist.

Die einzelne, durch das Krankenhaus geleistete Behandlungsepisode, d.h. der Zeitabschnitt, in dem der Patient aufgrund der Schwere der Störung auf eine Behandlung durch das Krankenhaus angewiesen ist, ist nicht selten durch wiederholten Wechsel zwischen vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung gekennzeichnet. Ziel der Behandlung ist, neben der Besserung oder Heilung der Krankheitssymptomatik, die Förderung der Fähigkeiten zur Lebensgestaltung und Konfliktbewältigung, die Eingliederung in die Gemeinschaft und die Verhinderung von Rückfällen. Ökonomisches Ziel ist es, die Behandlungsziele mit möglichst geringem Ressourceneinsatz zu erreichen. Das bedeutet, dass vollstationäre Behandlungszeiten insgesamt reduziert werden sollen, mit anderen Worten, dass die Jahreskrankenhaushäufigkeit vermindert werden soll, nicht unbedingt die so genannte Verweildauer vom ersten bis zum letzten vollstationären oder teilstationären Behandlungstag.

#### Die Steuerungswirkung der Psych-PV im Vergleich zu einem Fallpauschalensystem

Es ist offensichtlich, dass eine solche Steuerungswirkung mit einem Vergütungssystem auf Fallpauschalenbasis nicht zu erreichen ist. Im Gegenteil: Fallpauschalen würden Anreize zu häufiger Wiederaufnahme und damit zu einer weiteren Zerstückelung des Behandlungsprozesses wie auch zur Kostenausweitung geben (dies trifft übrigens auch für die retrospektive Festsetzung von Diagnose und Schweregrad der Erkrankung bei einem DRG-System zu). Aus diesem Grund sind in den USA von den VETERAN ADMINISTRATION HOSPITALS schon in den 80er-Jahren Fallpauschalen kurz nach der Einführung wieder aufgegeben worden.

Bei einem durchschnittlichen aktuell aufgenommenen Patienten lassen sich der Krankheitsverlauf und die dafür notwendigen finanziellen Aufwendungen kaum voraussagen. Untersuchungen in konventionellen Hilfesystemen zeigen, dass die Diagnose und weitere Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Unterbringungsstatus nur etwa 10–12 % der zukünftig entstehenden Kosten erklären (d.h. 90 % werden durch andere, zumeist unbekannte Einflussfaktoren bestimmt). Aus diesem Grund ist für die vollstationäre und teilstationäre Behandlung eine vom individuellen Hilfebedarf abhängige Tagespauschale, eine leistungsbezogene und einfach anzuwen-



spricht nach einer Metaanalyse dafür, dass die in verschiedenen Ländern nach Einführung eines DRG-Systems zu verzeichnen geringen Rückgänge hinsichtlich der Aufwendungen für die Krankenhäuser mit Mehrkosten in anderen Versorgungsbereichen (z.B. Pflege) verbunden sind.

- Die Versorgungsprobleme von rezidivierend oder chronisch somatisch kranken Menschen sind im DRG-System nicht gelöst. Modelle integrierter ambulant-stationärer Versorgung lassen auf sich warten.
- Bei der psychiatrischen Krankenhausbehandlung kann ein Fallpauschalensystem die notwendigen flexiblen Übergänge zwischen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung in Anpassung an den individuellen Verlauf nicht abbilden. Strukturbedingte Diskontinuitäten im Behandlungsprogramm und in den therapeutischen Beziehungen sind die Folge. Ein Fallpauschalensystem setzt darüber hinaus ökonomische Anreize zu verfrühten Entlassungen und schnellen Wiederaufnahmen, die schwer kontrollierbar sind und zu unsinnigen Kostenausweitungen führen. Das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses steigt mit dem Grad der Manipulation der Verweildauer.

### Konzeptionelle Anregungen für eine Weiterentwicklung der Psych-PV

Auch die Krankenkassen haben die Fortführung der Psych-PV als Alternative zum DRG-System in der Somatik akzeptiert. Von ihrer Seite gab es zuletzt Überlegungen, den einzelnen Behandlungsbereichen eine landesweit gültige Tagespauschale zuzuweisen und diese entsprechend dem aktuellen Verlauf den Patienten täglich zuzuordnen und entsprechend abzurechnen. Eine solche Entwicklung ist vorstellbar, bräuchte aber eine Übergangszeit, damit die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der einzelnen Krankenhäuser mit ihren Auswirkungen auf Abteilungs- und Basispflegesatz schrittweise angepasst werden können.

Wir denken allerdings an eine darüber hinausgehende Weiterentwicklung, die das übergreifende Steuerungsziel anvisiert, nämlich Besserung der seelischen Gesundheit und der sozialen Eingliederung sowie der Rückfallprophylaxe derart, dass die vollstationäre Jahreskrankenhaushäufigkeit und damit auch die Kosten für einen relevanten Teil der Patienten zurückgehen. Die Überlegungen ge-

hen aus von den oben angeführten Strukturveränderungen in Richtung auf ein personenzentriertes Hilfesystem.

Folgende Veränderungen in der Personalbemessung und damit im Entgeltsystem sind angedacht:

1. Flexibilisierung der ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz mit der Orientierung am Bayerischen Vergütungssystem.
2. Flexibilisierung der teilstationären und vollstationären Behandlung durch Einführung einer gesondert vergüteten Aufnahme-Phase bei deutlicher Abstufung der Personalbemessung zwischen Aufnahme-Phase, Regelbehandlung und rehabilitativer Behandlung.
3. Zeitliche Begrenzung der Zahl der Behandlungstage für die Aufnahme-Phase und die Regelbehandlungsphase in einem längeren Zeitraum (ca. ein Jahr).
4. Verknüpfung des Entgeltsystems für die psychiatrische Krankenhausbehandlung mit einer regionalen bedarfsbezogenen Budgetsteuerung
5. Umsetzung in Erprobungsmodellen, Beginn mit kostenneutraler Umstellung.

### Zu 1.: Ambulanz

Es ist wiederholt gezeigt worden, dass viele psychisch kranke Menschen mit schweren Störungen und wiederholten bzw. lang dauernden Krankenhausbehandlungen, bei kontinuierlicher, notfalls aufsuchender ambulanter Behandlung einschließlich evtl. notwendiger Krisenintervention, deutlich weniger häufig vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen müssen. Allerdings muss eine solche Ambulanz leistungsbezogen und kostendeckend finanziert werden, d.h. ohne Subvention aus dem stationären Bereich auskommen. Das Bayerische Modell müsste daraufhin kritisch überprüft werden. Ergänzend dazu sollte in geeigneten Fällen anstelle von vollstationärer Behandlung eine Behandlung zu Hause (»Hometreatment«) möglich sein, mit einer entsprechenden Vergütung, entweder leistungsbezogen oder über einen Tagespflegesatz. Derartige Modelle werden an mehreren Orten in der BRD gegenwärtig erprobt bzw. vorbereitet (Frankfurt, Merxhausen, Krefeld, Bremen).

### Zu 2.: Behandlungsbereich Aufnahme- und Regelbehandlungsphase

Aus den Materialien der Psych-PV geht hervor, dass nach Einschätzung der Expertenkommission, in der Aufnahme- und Regelbehandlungsphase Anamnese, Befunderhebung und Therapieplanung einen hohen Anteil an der gesamten Arbeitszeit der Krankenhausbehandlung haben (ca. 14 % im ärztlich/psychologischen Dienst, 3–7 % bei den übrigen Berufsgruppen, 40–70 % der Arztzeit je Patient in der ersten Behandlungswoche ist in den verschiedenen Behandlungsbereichen diesen Aufgaben gewidmet).

Durch die Verweildauerverkürzung seit der Einführung der Psych-PV (im Bereich A1 auf ca. 2/3 der ursprünglich anvisierten Behandlungsdauer, im Bereich S1 sogar auf ca. 50 %) ist vor allem die ärztliche Arbeitsbelastung enorm gestiegen, da bei der Erarbeitung der Psych-PV die Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufnahme und Therapieplanung gleichmäßig auf die gesamte Behandlungsdauer verteilt wurden.

So sind gegenwärtig die ärztlichen Aufgaben, auch bei zu 100 % erfüllter Psych-PV, kaum qualitativ gut leistbar. Hinzu kommt die oft vergessene Tatsache, dass der Bundesminister für Gesundheit die von der Expertenkommission erarbeitete Personalbemessung aus Kostengründen um ca. 11 % noch vor der Verabschiedung gekürzt hat mit dem Hinweis, dass dies später zu überprüfen sei.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, der Aufnahme- und Regelbehandlungsphase von ca. einer Woche einen gesonderten Behandlungsbereich A0 zuzuordnen, der mit einem höheren Personalwert versehen wird und in den Folgewochen die Personalbemessung im Bereich A1 etwas geringer zu bewerten.

Außerdem könnten die Übergänge etwa aus den Bereichen A1 und A2 nach A3 und A4 zeitlich nicht mehr offen bleiben, sondern auf einen definierten Zeitpunkt festgelegt werden, z.B. nach vier Wochen (von S1/S2 zu S3/S4 zwei Wochen). Das entspricht der Erfahrung, dass im Durchschnitt der Behandlungsumfang bei besserer Kenntnis des Patienten abnimmt, auch wenn die psychiatrische und soziale Problematik noch fortbesteht. Eine in diesem Sinne degressive Entgeltbemessung würde Steuerungswirkung in Richtung auf Verkürzung der Verweildauer bei länger dauerndem Aufenthalt haben.

### Zu 3.: Zeitliche Begrenzung der Aufnahme- und der Regelbehandlungsphase im Jahresverlauf

Wichtiger noch wäre eine Veränderung bei Wiederaufnahmen in einem Zeitraum von weniger als einem Jahr. In diesem Fall ist der Aufwand für Diagnostik und Behandlungsplanung deutlich geringer, wenn die Behandlung gut organisiert ist, d.h. die Aufnahme auf der gleichen Station erfolgt und der Erstaufenthalt gut dokumentiert wurde oder wenn der Patient in der Institutsambulanz weiterbehandelt wurde.

Mit anderen Worten: Wiederaufnahmen werden ebenso gering vergütet wie eine verlängerte vollstationäre Behandlung. Dies ergäbe ökonomische Anreize dahingehend, durch Eingliederung und Absicherung der ambulanten Behandlung Wiederaufnahmen zu verhindern oder zumindest sehr gut vorzubereiten (für Wiederaufnahmen in externen Krankenhäusern müssten ergänzende Regelungen geschaffen werden, die derartige Aufnahmen ökonomisch unattraktiv machen würden, z.B. durch Streichung des Behandlungsbereiches Aufnahme- und Regelbehandlungsphase).

Ein Konzept, wie dies umgesetzt werden könnte, soll an zwei Abbildungen beispielhaft erläutert werden. Abbildung 1: Bei einer relativ kurz dauernden Erstbehandlung (oder einer Wiederaufnahme nach mehr als einem Jahr) erfolgt die Finanzierung über Leistungsentgelte für den Behandlungsbereich A0, wobei die Aufnahme- und Regelbehandlungsphase auf sieben Tage begrenzt wird, und anschließend über ein Entgelt für den Behandlungsbereich A1. Bei einer lang dauernden Erstbehandlung – unterer Bereich der Abbildung 1 – geht die Tagespauschale nach einer Woche A0 und vier Wochen A1 auf die Tagespauschale A3 (rehabilitative Behandlung) oder A6 (Tagesklinik) herunter. Vor allem A3 ist für die Aufrechterhaltung eines vollstationären Angebotes knapp bemessen. Die Dauer der Behandlung wird darüber hinaus bei überdurchschnittlicher Ausdehnung vom MDK kritisch begleitet. Im Anschluss daran dürfte sich eine Institutsambulanzbehandlung mit gelegentlichen Hausbesuchen und Fallkonferenzen anschließen, um Wiederaufnahmen nach Möglichkeit zu vermeiden.

In Abbildung 2 geht es um die Finanzierung von Wiederaufnahmen. Hier kommt es nach einer mit der in der vorigen Abbildung identischen Erstbehandlung vier Monate später zu einer Kri-

Weiterentwicklung der Psych-PV

Abb. 1

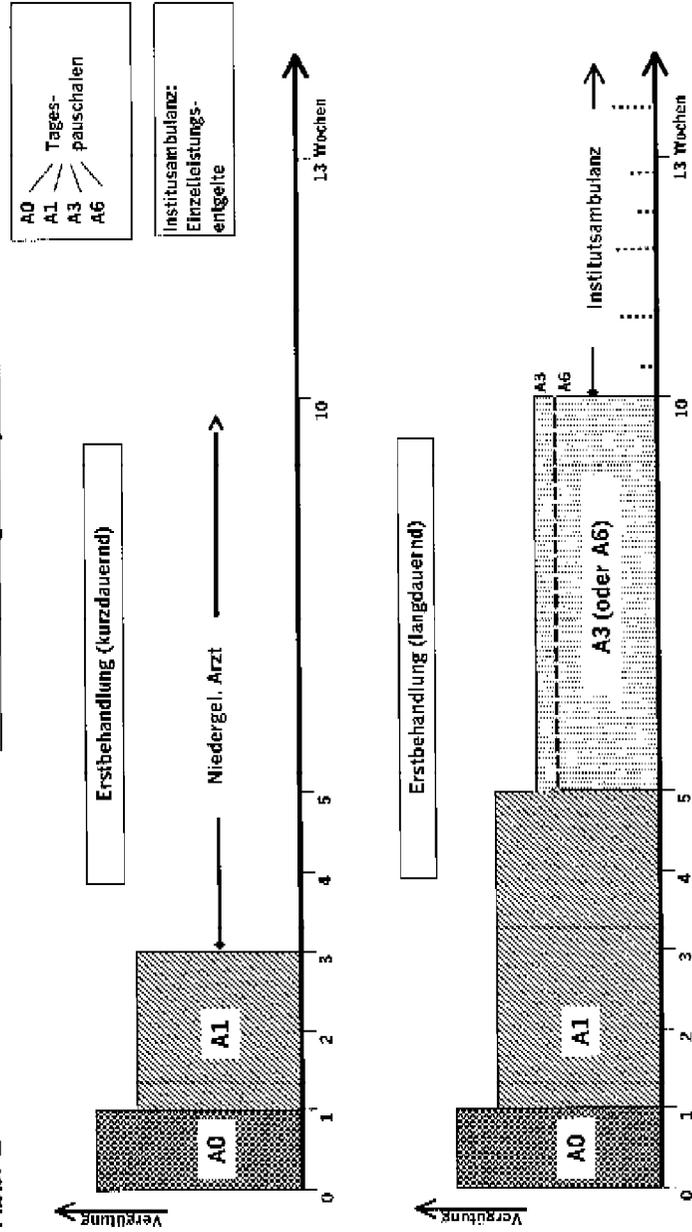


Abb. 1: Differenzierte Erstbehandlung und Verrechnung

senintervention für einen Tag und nach einem halben Jahr zu einer erneuten vierwöchigen vollstationären Behandlungsepisode. Hier hat das Krankenhaus keinen Anspruch mehr auf eine Finanzierung gemäß A0 (Aufnahmephase). Die Regelbehandlungszeit A1 ist nach zwei Wochen unter Anrechnung der vorangehenden Episode ausgeschöpft, sodass die Vergütung nur noch dem Bereich A3 entspricht, auch bei den trotz anschließender Institutsbehandlung noch zweimal eintretenden, jeweils kurz dauernden vollstationären Aufnahmen. Wenn danach über ein Jahr keine erneuten Aufnahmen bei fort dauernder Institutsambulanzbehandlung erfolgen, würde die Vergütung bei Wiederaufnahme wiederum mit A1 beginnen (ohne Institutsambulanzbehandlung mit A0).

Das Modell mag in dieser Kürze der Darstellung noch unübersichtlich sein. Es mag bessere Modelle geben bzw. die Notwendigkeit, diesen Ansatz tief greifend umzugestalten und auszudifferenzieren. Für den Zweck dieses Vortrages soll es jedoch ausreichen zu zeigen, dass ökonomisch sinnvolle Weiterentwicklungsmodelle der Psych-PV denkbar sind. Dies sind vorläufige, noch unabgestimmte Überlegungen, die andeuten sollen, dass die Psych-PV behutsam weiterentwickelt werden kann und keinesfalls durch ein fehlsteuerndes System ersetzt werden darf.

Zu 4.: Budgetsteuerung

Für die psychiatrische Krankenhausbehandlung ist ein prospektives regionales Budget unter Einschluss der Institutsambulanz zu verhandeln, derart, dass prospektive Leistungszahlen mit der jeweiligen Vergütung vereinbart werden, wobei in der Umsetzung Verschiebungen zwischen den Bereichen ambulant, teilstationär und vollstationär im Rahmen des Gesamtbudgets zulässig sein müssen. Für Mehr- oder Mindererlöse im Jahresverlauf sollten modellhaft Ausgleichsvereinbarungen getroffen werden, die für beide Seiten bessere Steuerungsbedingungen darstellen als die aktuellen der Bundespflegesatzverordnung. Gegenwärtig werden Erlösausfälle durch Minderbelegung zu 50 % ausgeglichen, bei Mehrbelegung erhält das Krankenhaus nur 10-15 % des Tagespflegesatzes. Beide Alternativen sind betriebswirtschaftlich nachteilig, d.h. die Chefarzte werden angehalten, die Belegung in Richtung »Punktlandung« zu steuern, was in der Regel nicht überwiegend bedarfsorientiert ist. Minderer-

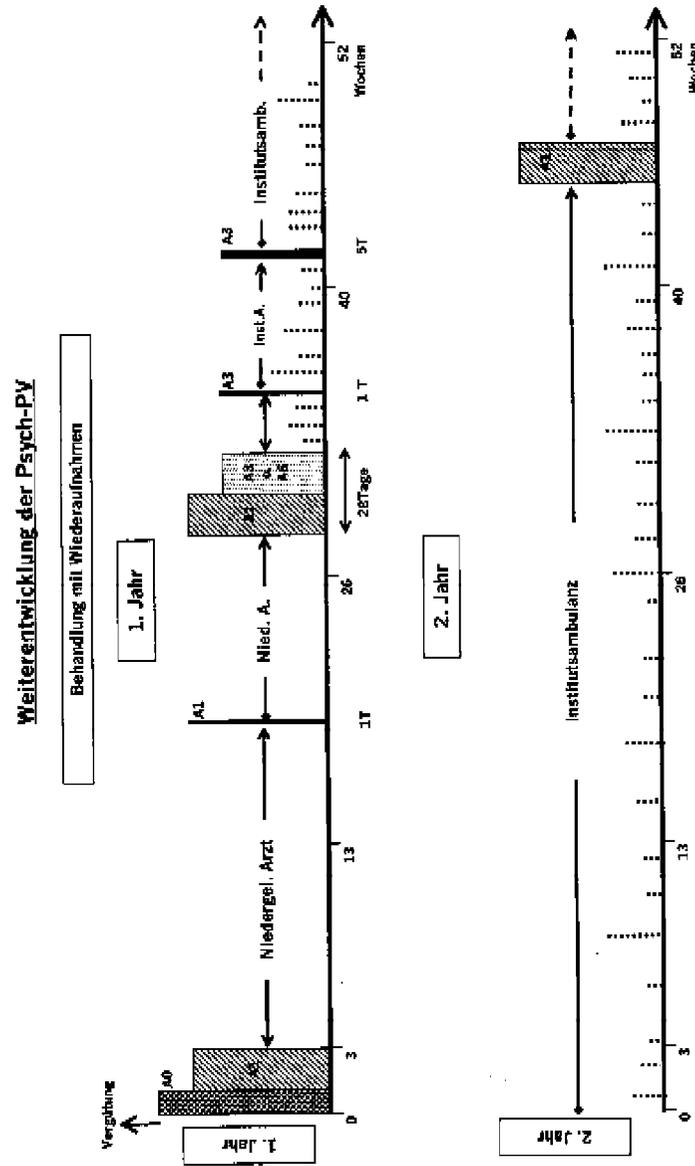


Abb. 2: Wiederaufnahmen und Finanzierung

löse sollten mit vergleichsweise höheren Ausgleichsquoten versehen werden, dafür im Folgejahr aber in ein reduziertes Budget münden.

Eine derartige »weiche« Deckelung mit Anpassung an den Bedarf hat in Verbindung mit der regionalen Versorgungsverpflichtung den Vorteil, dass im System »Druck« in Richtung Ambulantisierung und Entlassung besteht und unnötigen Leistungsausweitungen vorgebeugt wird. Das Budget muss aber hinsichtlich der Leistungszahlen jährlich verhandelt werden, weil die Entwicklung des Hilfebedarfs in der psychiatrischen Krankenhausbehandlung nicht absehbar ist.

Gerade im Zuge der Einführung des DRG-Systems in der Somatik kann es geschehen, dass zum einen bisher fehlplatzierte psychisch kranke Menschen mit psychiatrischer Hauptdiagnose in somatischen Kliniken, zum anderen frühzeitig entlassene somatisch kranke Menschen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen auf das psychiatrische Versorgungssystem zukommen: Zurzeit wird im Umsetzungsprozess der DRG darüber verhandelt, inwieweit es zulässig ist, Patienten mit psychiatrischen Hauptdiagnosen in somatischen Kliniken und Abteilungen zu behandeln. Es handelt sich um ein erhebliches Problem, denn die wenigen dazu vorliegenden Untersuchungen weisen darauf hin, dass jeder zweite bis dritte Patient mit psychiatrischer Hauptdiagnose in einer somatischen Klinik behandelt wird. Da es vorkommen kann, dass sich die psychiatrische Hauptdiagnose erst im Verlauf der diagnostischen Abklärung herausstellt, scheint es sinnvoll, dass DRG für psychiatrische Hauptdiagnosen mit einem Entgelt versehen werden, das nur einen kurz dauernden Aufenthalt (wenige Tage) in der Somatik finanziert.

Ein Problem im neuen DRG-System stellt auch die Möglichkeit der Steigerung der Relativgewichte der DRG durch psychiatrische Nebendiagnosen dar. Diese müssten durch einen qualifizierten psychiatrischen Konsiliar- oder Liaisondienst abgesichert werden, der zugleich die notwendigen Weichenstellungen für die ggf. notwendige psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung übernimmt.

Schließlich steht die Frage an, ob die Behandlung auf Stationen für Psychotherapie oder für psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik unter die DRG fallen soll. Hier besteht die Gefahr, dass bei einer von einigen Fachverbänden angestrebten Ausdehnung des Diagnosespektrums für die gleiche Patientengruppe konkurrierende Entgeltsysteme bestehen mit einer verstärkten Tendenz zur

Zweiklassenpsychiatrie. Die hier möglichen Auswirkungen sind nicht abzuschätzen, auch nicht in Annäherung. Es kann durchaus sein, dass in erheblichem Umfang Patientenströme aus der Somatik in die Psychiatrie umgelenkt werden.

#### Zu 5.: Perspektiven

Ein Konzept zur Weiterentwicklung der Psych-PV könnte nach sorgfältiger Prüfung im Detail ausgearbeitet und im Rahmen regionaler Modelluntersuchungen in zwei Stufen erprobt werden, zunächst parallel zum laufenden System, nach ein bis zwei Jahren alternativ mit zunächst kostenneutraler Umstellung. Nach Auswertung in mehreren Regionen könnte auf dieser Grundlage in ca. fünf Jahren eine Weiterentwicklung der Psych-PV erarbeitet und eingeführt werden, von der ich glaube, dass sie bessere Steuerungswirkung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit entfalten wird als das, was bisher in der Somatik im Hinblick auf chronische Erkrankungen überlegt wird.

#### Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRANKE, DEUTSCHE KRANKENHAUSEGELLSCHAFT, SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Band 99. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 1998
2. KÜHN, H.: Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, PO 1-204, Berlin 2001
3. KUNZE, H., KALTENBACH, L. (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln 1996

#### Neue Benachteiligung psychisch Kranker - »New Economy« im Krankenhaus? oder: Der Zweck und das Mittel

Dyrk Zedlick

Die Geschichte der Medizin kann in den letzten 300 Jahren, so Klaus Dörner, in »Vernichten und Heilen – Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen«, auch als ein immer umfassender werdender Prozess der Verwissenschaftlichung aufgefasst werden, in dem »die Medizin von einem Geschäft der Erfahrungsübertragung zu einem Unternehmen wird, das aus der Anwendung der Gesetzmäßigkeiten anderer Wissenschaften besteht ...« – und wo am derzeitigen Endpunkt die Soziologie und die Ökonomie stehen [1].

Am Anfang wird dabei auch immer die Intention bestanden haben, das Mittel Wissenschaft für den Zweck der Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung und somit auch der Linderung des Leidens des Einzelnen einzusetzen. Kommt es aber im Verlauf dieses Prozesses zur unkontrollierten Verselbstständigung wissenschaftlicher oder politischer und gesellschaftlicher Einzelinteressen und in Folge dessen gar zur Zweck-Mittel-Umkehr, so führt dies meist in eine humanistische Sackgasse und in der Extremform bis hin zu den uns allen bekannten katastrophalen Folgen von Psychiatriepraxis unter der Nazi-Herrschaft.

Wenn ich nun Ökonomie und Benachteiligung zueinander in Beziehung setze und diese auch noch mit dem Wort »Neu«, einem der so genannten Machtworte des Zeitgeistes in der positiven Wertesignatur der Moderne [2] versee, bedarf dies natürlich der Begründung. Eigentlich gibt uns die Ökonomie die wissenschaftlichen Erkenntnismittel in die Hand, das ökonomische Grundgesetz, das die wichtigsten Seiten, das Wesen einer historisch bestimmten Produktionsweise und ihre grundlegenden Entwicklungstendenzen bestimmt, zu erkennen und zu unser aller Vorteil für die Erleichterung der Lebensbedingungen zu nutzen. In einer vom privaten Kapital bestimmten Wirtschaft, ist die Produktion von Mehrwert die entscheidende Triebkraft ihrer Produktionsweise, wobei diesem privaten Gewinn der Anteil für den sozialen Gewinn immer wieder abgetrotzt werden muss, da die Erwirtschaftung des Mehrwertes nicht von vornherein Mittel für einen sozialen Zweck ist.

Die einen sind nun der Meinung, dass der private Gewinn immer steigen muss, damit auch der Anteil für den sozialen Gewinn, zum Nutzen vieler Menschen auf der Welt, größer werden kann. Die anderen meinen, dass durch den zunehmenden privaten Gewinn, im Verhältnis dazu der Anteil des Gewinns für alle immer kleiner wird. Die zunehmende Schere zwischen Arm und Reich auf der Welt scheint Letzteren vorerst Recht zu geben. Nun komme ich aus einem gescheiterten Wirtschaftssystem, aus dem das private Kapital verbannt war und bin in diesem neuen System des Wirtschaftens angekommen, in dem es mir persönlich zwar finanziell nicht schlecht geht, aber die nicht erst seit dem 11. September immer deutlicher werdenden globalen Probleme zeigen für mich die Notwendigkeit, dass wir nach möglichen Alternativen zum so genannten Neoliberalismus Ausschau halten sollten.

Die New Economy bei gleich gebliebenem antisozialem Zweck-Mittel-Verhältnis scheint dies jedenfalls nicht zu sein. Und dabei verheißt uns doch die so genannte Neue Wirtschaft laut deren Kursbuch »(...) eine neue Form des Arbeitens und Lebens, gewiss mit höherem Risiko als die Elterngeneration, aber auch mit ungleich größeren Chancen« [3]. Nicht die größeren Chancen auf Ungleichheit sind dabei gemeint, sondern folgende, nur schlagwortartig genannte: Zunehmende Individualisierung und Flexibilisierung des Produktions- und Konsumtionsprozesses im »Zeitalter der Krise der Institutionen«; neue Unternehmenskultur wie flache Hierarchien, Förderung von Kreativität und individuelle Verantwortung, »der Mitarbeiter als Mit-Unternehmer«; Computer, Telekommunikation und Web in einer immer globaler werdenden Welt sollen nicht nur am individuellen Bedürfnis ausgerichteten e- und m-Kommerz ermöglichen, sondern auch »Wissen für alle, (...) die Macht gehört den Wissenden (...) den gut Ausgebildeten, Selbstbewussten und Couragierten, die nach Jahren des tiefsten Zukunftspessimismus nun darangehen, sich die Welt nach ihren Vorstellungen zu gestalten«. Und weiter heißt es: »Kapitalist im Sinne eines New Economy-Unternehmers zu sein, heißt Spielregeln zu akzeptieren, die herausfordern. Die New Economy ist die Wirtschaft vor dem Vorhang – Transparenz ist nicht länger ein Schlagwort, sondern in Zeiten kritischer Aktionäre und Analysten eine Notwendigkeit. Öffentlichkeit ist normal – sei es die Öffentlichkeit der Anleger oder aber auch jene der Massenmedien (...).« Die Biotechnologie eröffnet viel versprechen-

de Chancen für die Neue Wirtschaft, »was früher nur Konzernen vorbehalten war, ist nun die Domäne hoch qualifizierter Wissenschaftlerteams, die eben darangehen, die Welt der Medizin und Biologie auf den Kopf zu stellen« [3].

Ja, mir wurde auch schon ganz schwindelig beim Lesen dieser neuen, hier nur unvollständig angeführten und teilweise auch sehr attraktiv klingenden Verheißungen des Kursbuches der Neuen Wirtschaft. Zwar bleiben auch die Risiken nicht unerwähnt, so z.B., dass der Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft kein Spaziergang sein werde, und dass eine entsolidarisierte Gesellschaft, die sich in New Economy-Kompatible und Nicht-Kompatible teilt, auch keine Lösung sei. Aber trotz dieser genannten Risiken scheint der Grundoptimismus in den einschlägigen Wirtschaftspublikationen zur New Economy zu überwiegen, und er ist durch die Kurseinbrüche in letzter Zeit nicht wesentlich zu beeindrucken. Auch fundiertere kritische Analysen der Gefahren der neuen spätkapitalistischen oder neoliberalen Zumutungen an den Menschen, scheinen wenig nachhaltig zu sein. Genannt seien hier nur Richard Sennetts Buch »Der flexible Mensch«, Pierre Bourdieus »Das Elend der Welt« sowie das für uns Psychiatrietätige sehr lesenswerte Buch »Ökonomie ohne Menschen«, herausgegeben von Blume, Bremer und Meier.

Der »Durchökonomisierung« gesellschaftlicher Beziehungen oder, wie Hans-Ulrich Deppe in »Neoliberalisierung und Gesundheitspolitik« schreibt, »die mechanistische Übertragung von Denkmodellen privaten Wirtschaftens auf alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens« [4] und der dogmatischen Erklärung zu deren Handlungsmaximen, kann sich auch das Gesundheitswesen nicht entziehen. Dies scheint aber nach der Kapitallogik auch nicht verwunderlich, da immer nach neuen Märkten für die Verwertung des Kapitals gesucht wird, solange der scheinbar neue Gott »Wirtschaftswachstum« als alleiniger Maßstab für die Beurteilung von gesellschaftlicher Entwicklungspotenz zählt. Und der Gesundheitsmarkt gilt dabei als einer der größten Wachstumsmärkte der Zukunft. Gesundheitsförderung ist hier nicht primär der Zweck, sondern sie wird zur Ware und somit Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung.

Für den hier zum Thema stehenden Krankenhausbereich kam es in Deutschland seit 1993 zu grundlegenden Veränderungen der Rahmenbedingungen. Simon [5] nennt vier wesentliche Bereiche: 1. Die krankenhauspolitischen Interventionen zur Neuregelung der

Krankenhausfinanzierung durch die Bundesregierung (die Einführung von Basis- und Abteilungspflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie die Budgetdeckelung): Erhofftes Ziel war dabei, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser insbesondere durch Verweildauerverkürzung zu erhöhen, die Fortsetzung wird mit Einführung der DRG erfolgen.

2. Die zunehmend restriktivere Haltung der Krankenkassen in den Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen (dabei ist die Ursache der Finanznot der GKV laut verschiedener Studien nicht die immer wieder fälschlicherweise als Kostenexplosion angemahnten Gesundheitskosten, sondern hauptsächlich die zunehmende Schrumpfung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen) [6].
3. Die wachsende Bereitschaft der Länder zur Streichung von Planbetten (allein in Ostdeutschland wurden innerhalb von sieben Jahren 30 % des Bettenbestandes abgebaut) und
4. der zunehmende Rückzug öffentlicher Krankenhausträger aus der wirtschaftlichen Verantwortung (laut Krankenhausreport 2000 [7] befanden sich 1999 40 % in öffentlicher, 46 % in freigemeinnütziger und 13,1 % in privater Trägerschaft, Letztere mit steigender Tendenz. In Thüringen stehen z.B. alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Landesträgerschaft derzeit zum Verkauf).

Die politisch gewollte Einführung von Elementen des Wettbewerbs zwischen den so genannten Leistungserbringern und die prospektive Krankenhausfinanzierung gingen so mit einem beträchtlichen Bedeutungszuwachs ökonomischer Fragen in der Patientenversorgung einher. Es entstand in den letzten Jahren eine Atmosphäre wirtschaftlicher Verunsicherung, die den Boden bildete, auf dem die Bereitschaft wachsen konnte, patientenbezogene Entscheidungen an ökonomischen Zielen des Krankenhauses auszurichten. Simon konnte in einer qualitativen Studie des Wissenschaftszentrum Berlin zum wachsenden Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen in verschiedenen somatischen Kliniken aufzeigen, dass das »(...) hauptsächliche Einfallstor der Ökonomisierung in ärztlich-pflegerische Handlungsorientierungen die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen positivem Budgetergebnis des Krankenhauses und Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes zu sein scheint«.

Diese Ergebnisse tragen nicht nur »anekdotischen Charakter«, sondern sind Ausdruck von »(...) Erscheinungsformen struktureller Veränderungen im Krankenhaus, die auf eine Umkehr der Zweck-Mittel-Relation in der Institution Krankenhaus zusteuern«. In Teilen von Krankenhausbereichen sei Geld »(...) nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken Mittel zum Zweck der Erzielung von Einnahmen« [5].

In seinem Beitrag »Die Zukunft des Akutkrankenhauses« im Krankenhausreport 2000 fasst Arnold diese folgendermaßen zusammen:

»(...) medizinische und ökonomische Gründe sprechen für eine Beschränkung stationärer Aufnahmen und stationärer Aufenthalte auf das medizinisch Notwendige, für eine Konzentration bestimmter Leistungen aus Qualitätsgründen auf ausgewiesene Zentren mit ausreichenden Fallzahlen sowie für einen Bettenabbau unter der Bedingung, dass die ambulante Versorgung gewährleistet ist. (...) Dies läuft auf eine Verringerung der Zahl von Krankenhäusern und auf eine geringere Bettenzahl pro Krankenhaus hinaus. (...) das Krankenhaus wäre langfristig, um ein Bild zu gebrauchen, im Vergleich zu früher eine einzige Intensivstation.

Für das Krankenhaus der Zukunft heißt das, es sollte in seinen baulichen, personellen, sächlichen Voraussetzungen so gestaltet sein, dass das medizinisch Notwendige mit möglichst hoher Effizienz erbracht werden kann (...) das einzelne Krankenhaus muss sich in dem Wettbewerb positionieren, der mit Sicherheit in Gang kommen wird und auch gewünscht ist. (...) Bestehen wird in dem Wettbewerb mit größerer Wahrscheinlichkeit, wer Leistungen mit hoher Qualität erbringt, für die eine Nachfrage besteht, dies erfüllt dann die Bedingung der Zweckrationalität, die heute im Krankenhaus gefordert ist.« [7]

Doch inwieweit gilt dies auch für die psychiatrische Krankenhausbehandlung, und kann man in diesem Zusammenhang wirklich von einer Gefahr der »neuen Benachteiligung« psychisch Kranker sprechen?

Im ersten Moment würde ich sagen: »Nein.« Als ich das Thema gestellt bekam, fielen mir zuerst die alten Benachteiligungen in der materiellen und personellen Ausstattung gegenüber den somatischen Disziplinen im stationären Bereich ein, dies Ost wie West, wo sich heute natürlich ein anderes Bild als noch vor zehn Jahren ergibt,

besonders in den ostdeutschen Bundesländern. Ja, die durch die Gesundheitsreform 2000 weiterhin gesetzlich verankerte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die derzeitige Ausklammerung der Psychiatrie aus der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) im Krankenhausbereich und die Möglichkeit einer vom Zulassungsausschuss der KV unabhängigen Einrichtung einer Institutsambulanz, bevorteilen uns nunmehr eher gegenüber den anderen somatischen Fachdisziplinen. Und wenn ich dies gut so finde, dann meine ich nicht diese Bevorteilung, sondern dass dies ein mutmachendes Beispiel ist für die Durchsetzbarkeit von gesundheitspolitischem Sachverstand auf Bundesebene gegenüber verschiedensten Vertretern mit fach- oder finanzpolitischen Eigeninteressen.

Aber trotzdem bemerke ich ein gewisses Unbehagen in mir aufsteigen, da ich spüre, dass eingebettet ins gesellschaftliche Außenklima auch das Innenklima in der stationären Versorgungslandschaft der Psychiatrie immer mehr durch die Suche nach möglichst optimaler ökonomischer Effektivität geprägt wird. Und so wird mein »Nein« des ersten Momentes zum »Ja, doch«.

In ihrem »Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft – Die Kunst des Indirekten« hat Renate Schernus [8] dies sehr anschaulich aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Die Möglichkeit der Entwicklung einer sich langsam einschleichenden Zweck-Mittel-Umkehr mit der Stärkung des ökonomischen Eigensinns von Institutionen in unseren Klinikalltag möchte ich an einigen ausgewählten Beispielen kurz schildern.

1. Die Pflegesatzverhandlungen. Jeder wird vielleicht unterschiedliche Erfahrungen in diesem jährlich stattfindendem Kampf um das Budget zwischen dem Unternehmen Krankenkasse und dem Unternehmen Krankenhaus gemacht haben, soweit man diesem als ärztlich verantwortlicher Leiter einer psychiatrischen Abteilung oder Klinik beiwohnen konnte. In den Verhandlungsschnitten, wo ich diese Möglichkeit hatte, wurde ich jedenfalls schnell desillusioniert, dass fachliche Argumente, z.B. bei der Umsetzung verschiedener Qualitätsstandards in der stationären Behandlung in der Diskussion um eine Finanzierbarkeit dieser Leistung, gefragt waren. Ich hatte den Eindruck, es ging letztlich nur um die Einhaltung intransparenter ökonomischer Kennziffern und nicht um die gemeinsame Suche eines fachlichen und

- finanziellen Kompromisses im Interesse des Patienten, und dies nicht nur bei dem verhandelbaren Teil der Psych-PV. Seine Fortsetzung findet dieser Kampf derzeit bei den bundesweiten Verhandlungen um die Fallpauschalen der Institutsambulanzen.
2. Die Institutsambulanzen. Die endlich gesetzlich verankerte Möglichkeit der ambulanten multiprofessionellen Betreuung durch psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Versorgungsverpflichtung, lässt die Chancen auf mehr Personenbezogenheit und therapeutische Beziehungskontinuität, besonders für chronisch psychisch Kranke, in der psychiatrischen Versorgungslandschaft größer werden. Dieses strukturelle Mittel darf aber nun nicht von uns vorrangig zum Ausjonglieren einer so genannten Punktlandung in der prozentualen Auslastung der stationären Bettenbelegungsstatistik missbraucht werden. – Wie bemerkte doch kürzlich ein Geschäftsführer einer psychiatrischen Klinik im Pausengespräch: »Ist doch egal, ob wir 50 Mark mehr oder weniger in der Pauschale verhandeln, entscheidend ist doch die Möglichkeit, unkompliziert die Belegungslöcher zu stopfen.«
  3. Die Psychiatrie-Personalverordnung. Ebenfalls eine Möglichkeit des krankenhausesinternen Missbrauchs psychiatriepolitischer Errungenschaften besteht in der ungenügenden Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung. Einerseits muss diese gegenüber den Krankenkassen jedes Jahr neu in den Verhandlungen durchgesetzt und andererseits aber auch wirklich in der psychiatrischen Klinik oder Abteilung personell umgesetzt werden. Hier wie auch bei dem Beispiel der Institutsambulanzen, tragen wir, als ärztliche Leiter unserer Abteilungen, eine große Verantwortung, unsere Geschäftsführung oder ökonomische Leitung kritisch zu begleiten, denn ein Geschäftsführer hat letztlich die Aufgabe die Geschäfte des Krankenhauses zu führen und muss nicht eine besondere Liebe zur Psychiatrie entwickelt haben, um dies effizient tun zu können. Spätestens dann, wenn sich Psychiatrie einmal »nicht rechnen sollte«, werden die Interessenkonflikte zwischen Geschäftsauftrag und therapeutischem Auftrag nicht lange auf sich warten lassen. Wir müssen schon selbst versuchen darauf zu achten, dass die ökonomischen Mittel angemessen dem therapeutischen Zweck untergeordnet werden. Die neue Benachteiligung aufgrund eines ökonomistischen Denkens wür-

de sonst in der Verminderung der persönlichen und mitmenschlichen Zuwendung im stationären Alltag bestehen und der kustodiale Charakter stationärer Einrichtungen wieder zunehmen.

4. Die Kundenorientierung im Krankenhaus. Die Förderung von Individualisierungsprozessen im Konsumtions- aber auch Produktionsbereich ist eine tragende Säule der New Economy-Philosophie und sie hat auch Einzug in das Unternehmen Krankenhaus gehalten. Das stärkere Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten, um seine Gunst zu gewinnen, mit dem Ziel einer langfristigen Kundenbindung, kann durchaus bessere Behandlungsbedingungen für den einzelnen Patienten schaffen, aber auch zu einer zunehmenden Versachlichung der therapeutischen Beziehung führen. Der Begriff Kunde neutralisiert von vornherein die Emotionen und lässt leichter Beziehungs- und Begegnungsansprüche in den Hintergrund treten. Dies kommt natürlich der beschriebenen Zweckrationalität des zukünftigen Akutkrankenhauses entgegen, führt aber gerade in der psychiatrischen Behandlung zur Förderung einer Medikalisierung von Wahrnehmungs- und Handlungsmustern in der therapeutischen Beziehungsgestaltung und auf Seiten der Patienten möglicherweise zur Förderung einer passiven Konsumentenhaltung. Für die psychiatrische Krankenhausbehandlung ist der Kundenbegriff nicht nur kontraproduktiv, sondern auch einfach falsch, da die wenigsten Patienten wirklich die freie Wahl zwischen verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten haben, und dies nicht nur bezogen auf die Einweisungen laut richterlichem Beschluss. Herr Claußen vom Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen drückt klar die Bedürfnisse der Betroffenen aus, wenn er schreibt:

»Zum Bereich der psychiatrischen Versorgung ist zu sagen, dass wir vollwertige, ernst genommene und gleichberechtigte Partner sein wollen und keine Konsumenten. Wir wollen eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte, personenzentrierte Hilfeplanung und Psychiatrie!« [9]

Damit komme ich zum letzten Beispiel:

5. Der Paradigmenwechsel vom institutionsbezogenen zum personenbezogenen Handeln. Dieses derzeit zentrale Reformprojekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE könnte meiner Meinung nach dann in Gefahr geraten, wenn wir die zunehmenden markt-

wirtschaftlichen und monetären Steuerungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialbereich nicht in ihrer ganzen Tragweite berücksichtigen.

»Markt und Organisation als moderne Mechanismen der Koordination von Handlungen bzw. Entscheidungen machen ein gemeinsames Wert- und Regelsystem bzw. einen speziellen sinnhaften Bezug des Handelns und Entscheidens der beteiligten Akteure aufeinander weitgehend überflüssig. Der Markt orientiert sich über das Angebot und den Kauf von Leistungen am Preis und damit an der Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft.« [10]

Gemeinsinn wird unter den allgemeinen Konkurrenzbedingungen immer mehr zum Eigensinn, und somit auch zum institutionellen Eigensinn, erst recht, wenn der Weiterbestand einer Institution gefährdet ist. Gestatten Sie mir in Gedenken an die in dieser Woche verstorbene Brandenburger Sozialpolitikerin Regine Hildebrandt, ein Zitat aus ihrem Vortrag, gehalten auf dem Merziger Psychiatriekongress, einfließen zu lassen:

»Die Gesellschaft, wie wir sie jetzt erleben, vernachlässigt tatsächlich den Gemeinsinn, wie ich ihn mir vorstelle, sie macht ein Miteinander schwierig.«

In der personenbezogenen Behandlung ist gerade die Beziehungsgestaltung zwischen Bezugsperson und Patient von entscheidender Bedeutung für den Therapieprozess. Die therapeutische Beziehung darf deshalb von keiner Art von Marktlogik beeinflusst werden, dies könnte leicht zu der oben beschriebenen Zweck-Mittel-Umkehr führen. Erinnerung sei hier nur an die schon dreißig Jahre alte und immer noch aktuelle Arbeit von Erich Wulff »Der Arzt und das Geld« [11].

Dies waren einige, aber längst nicht alle Gefahren, die sich aus meiner Sicht im Zeitgeist der zunehmenden Ökonomisierung menschlicher Beziehungen ergeben, dies natürlich nicht nur im stationären Bereich. Der Mensch und erst recht seine Gesundheit sind keine Waren und besitzen somit auch keinen Tauschwert. Sie sind ein sehr individuelles Gut. Nun mag dies vielleicht vielen als idealistische Sozialromantik gelten, aber mir kommt eben auch immer wieder meine nicht zu leugnende »Ostsozialisierung« in meinem sozialen Wahrnehmungsmuster in die Quere. Gestatten Sie mir deshalb eine kleine ostdeutsche Nachbemerkung.

Der Soziologe Wolfgang Engler prägte den Begriff der arbeiterlichen Gesellschaft für die Ostdeutschen, im Gegensatz zu der aristokratischen und bürgerlichen Gesellschaft. Die bürgerliche Zivilisation entdeckte die formale Gleichheit aller Menschen, verdankte ihre schöpferische Kraft jedoch der Konkurrenz der Märkte; die arbeiterliche Gesellschaft beruhte auf der substanziellen Gleichheit ihrer Bürger und war dann am produktivsten, wenn sie Mensch und Mensch zusammenführte [12]. Dies erforderte Unmittelbarkeit und Echtheit in der mitmenschlichen Begegnung, was nicht nur in den privaten Beziehungen auch teilweise gelebt werden konnte.

Die in Ansätzen vorhandene Unmittelbarkeit und Nähe mitmenschlicher Beziehungen hatte aber natürlich auch ihre Kehrseite, Klaus Weise bemerkte dazu in seinem Artikel »Psychiatrie zwischen staatlicher Macht und Marktwirtschaft«:

»Je dichter die sozialen Beziehungen, desto höher die Forderung nach Normalität. Die Akzeptanz und Integration ging auch auf Kosten der Achtung vor dem Anderssein, der Identität des psychisch Kranken, vor allem in seiner Verrücktheit. Solidarität und Akzeptanz war geknüpft an Bedingungen, an ein höheres Maß an Anpassung, ein Sachverhalt, der in den gesellschaftlichen Normen, der Beziehung von Individuum und Kollektiv begründet war.« [13]

Und letztlich konnte die Entfremdung des menschlichen Gattungswesens bedingende Aufspaltung des bürgerlichen Menschen in ein Wirtschafts- und ein Staatsbürgersubjekt (dem Geld- und Staatsmenschen) nicht wirklich hin zu einer bewusst agierenden Gemeinschaftlichkeit aufgehoben und überwunden werden und wurde durch die Dominanz von Staat und Gesellschaft gegenüber dem Einzelnen sogar teilweise noch verstärkt. Dadurch waren wir weit von der wirklichen Emanzipation des Menschen entfernt, denn »erst wenn der wirkliche individuelle Mensch den abstrakten Staatsbürger in sich zurücknimmt und als individueller Mensch in seinem empirischen Leben, in seiner individuellen Arbeit, in seinen individuellen Verhältnissen, *Gattungswesen* geworden ist, (...) erst dann ist die menschliche Emanzipation vollbracht. (...) Alle Emanzipation ist *Zurückführung* der menschlichen Welt, der Verhältnisse, auf den *Menschen selbst*« [14].

Die therapeutische Beziehung aber erlebte ich in der ehemaligen DDR frei von jeglichem direkten oder indirektem marktwirtschaftlichem Kalkül, das Mittel Mensch jedenfalls nicht zum öko-

nomischen Zweck missbraucht. Jede Form therapeutischer und rehabilitativer als auch präventiver Angebote wurde durch die Sozialversicherung einheitlich finanziert. Es war somit eine enge Verzahnung komplementärer, ambulanter und stationärer Betreuung in konstanten therapeutischen Beziehungen, also personenbezogene Behandlung mit Beziehungskontinuität möglich.

Dies änderte sich natürlich unter den finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen des bundesdeutschen Gesundheitssystems ab 1990 relativ schnell. Es kam zur Fragmentierung der therapeutischen Beziehung in verschiedene Orte und Bezugspersonen; gefragt waren in der stationären Behandlung zeitlich begrenzte Kostenzusagen. Ich weiß noch, wie ich es als eine Frechheit empfand, dass sich ein mir damals noch nicht bekannter Dienst einer der nun vielen Krankenkassen sich erlaubte nachzufragen, wie lange denn noch die gerade erst begonnene Behandlung einer depressiven Krankheitsphase eines bei dieser Kasse versicherten Patienten dauern würde. Ich schickte die Anfrage mit einem kurzen Verweis auf einen psychiatrischen Lehrbuchtext zur Behandlung von depressiven Erkrankungen zurück, was ich natürlich bald sein gelassen habe und zukünftig die Anfragen brav und korrekt, jedenfalls in dem uns gegebenen Spielraum beantwortete; ja diese sogar heute als Leiter einer psychiatrischen Klinik auf geringst mögliche Widerspruchsgefahr durch den MDK bei meinen Assistenten kontrolliere. Alte Selbstverständlichkeiten mussten also damals binnen kürzester Zeit durch neue ersetzt werden, aber die Erinnerungsspuren bleiben.

Ja, und was bleibt heute? Ich denke »Trotzdestonichts« (V. Braun) noch eine ganze Menge an Möglichkeit. Die Zukunft der Psychiatrie wird nicht im Krankenhaus stattfinden, sondern liegt in der Intensivierung außerstationärer Hilfen mit dem Ziel, der zunehmenden Selbstbefähigung psychisch Kranker, damit sie auf die von ihnen gewünschte Art und Weise unter den verschiedenen gesellschaftlichen Bedingungen leben können. Trotzdem dürfen wir die zeitweise auch notwendig werdende Krankenhausbehandlung nicht nur zur ökonomischen und medizinischen Zweckerationalität verkommen lassen.

Wir sollten wach bleiben für die Wahrnehmung möglicher ökonomistischer Zweck-Mittel-Verkehrungen jeglicher Art in unserem therapeutischen Handeln und den Mut zur gegenseitigen Solidarisierung finden, trotz oder gerade wegen unserer zunehmenden

Atomisierung im beruflichen Alltag. Als geeignete Plattform dafür könnte die AKTION PSYCHISCH KRANKE als überparteilicher Mediator zwischen Psychiatrie und Politik dienen.

Um sich dabei gegenseitig fachlich unterstützen zu können, ist es aber notwendig, wie Karl Beine [15] es kürzlich zur Kontroverse Abteilung/Fachkrankenhaus formulierte: »(...) eigene Interessen (und damit auch Zwänge) offen und vorbehaltlos in die Debatte einzubringen und zu vermeiden, dass persönliche, berufspolitische, institutionelle oder auch Trägerinteresse maskiert und unausgesprochen in vordergründig fachliche Debatten Eingang finden.«

Ich möchte nun meinen hoffentlich für sie nicht allzu theoretischen Vortrag schließen mit einem praktischen Imperativ von Immanuel Kant aus seiner »Kritik der praktischen Vernunft« [16]: »Handle so, dass du die Menschen sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.«

## Literatur

1. EBBINGHAUS, A./DÖRNER, K. (Hg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Aufbau-Verlag, Berlin 2001
2. EBERT, N.M., in: HOFMEISTER, K./BAUEROCHSE, L. (Hg.): Machtworte des Zeitgeistes. Echter-Verlag, Würzburg 2001
3. LOTTER, W., SOMMER, C. (Hg.): Neue Wirtschaft – Das Kursbuch für die New Economy, Statusreport 2001, Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart, München 2000
4. DEPPE, H.-U.: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, in: KAUPEN-HAAS, H./ROTHMALER, C.: Strategien der Gesundheitsökonomie, Sozialhygiene und Public Health – Band 4, 1998
5. SIMON, M.: Die Ökonomisierung des Krankenhauses, in: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 01-205, Berlin 2001
6. KÜHN, H.: Beitragssatzsteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Erosion der Einnahmeseite – Anmerkung zu einer verfehlten Widerlegung!, in: Jahrbuch für kritische Medizin 33, Argument-Verlag, Hamburg 2000
7. ARNOLD, M.: Die Zukunft des Akutkrankenhauses, in: ARNOLD, M., LITSCH, M., SCHELLSCHMIDT, H., Krankenhaus-Report 2000, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 2001
8. SCHERNUS, R.: Die Kunst des Indirekten. Plädoyer gegen den Mach-

- barkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft, Paranus Verlag, Neumünster 2000
9. CLAUßEN, H.-J.: Die Markt- und Qualitätsdebatte zerschlägt die Gemeinde- und Sozialpsychiatrie, in: BLUME, J., BREMER, F., MEIER, J. (Hg.) Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen, Paranus Verlag, Neumünster 1997
  10. WITT, F.H. (Hg.): Unternehmung und Informationsgesellschaft, Wiesbaden 2000
  11. WULFF, E.: Der Arzt und das Geld – Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung, in: Das Argument 13, 1971
  12. ENGLER, W.: Die Ostdeutschen, Aufbau-Verlag, Berlin 1999
  13. WEISE, K.: Psychiatrie zwischen staatlicher Macht und Marktwirtschaft, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3, 1996
  14. MARX, K.: Zur Judenfrage, in: RUGE, A./MARX, K. (Hg.): Deutsch-Französische Jahrbücher, Reclam-Verlag Leipzig 1981, S. 291
  15. BEINE, K.: Von Anstalten und Stadtasylen. Fachkrankenhäuser und Abteilungen: Aktuelle Bemerkungen zu einem alten Konflikt, in: Sozialpsychiatrische Informationen 3, 2001
  16. KANT, I.: Kritik der praktischen Vernunft, Reclam-Verlag Leipzig 1983, S. 246

## II. Bedarf und Innovation

## Gegenwart und Zukunft des Gerontopsychiatrischen Zentrums – Wo bleiben die psychisch kranken alten Menschen?

### Das Gerontopsychiatrische Zentrum im Kontext einer regionalen Psychiatrie- und Altenhilfeplanung

Uwe Klein

Dieser Beitrag soll einen Überblick über die Verbundsystementwicklung in der Pflichtversorgungsregion des Klinikums Hellersdorf im Ostteil Berlins geben. Zwischen den Strukturveränderungen im klinischen Bereich, dem Aufbau eines Gerontopsychiatrischen Zentrums und der Entwicklung von Verbundsystemstrukturen bestehen enge Zusammenhänge.

### Struktur und Leistungsschwerpunkte der Klinik für Gerontopsychiatrie

Das Klinikum Hellersdorf verfügt über zwei Standorte mit insgesamt 707 Planbetten, davon 282 somatische und 425 psychiatrische Betten. Die psychiatrischen Betten verteilen sich auf zwei Kliniken für Allgemeinpsychiatrie, die Klinik für Suchtkranke, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und die Klinik für Gerontopsychiatrie.

Im Mittelpunkt der Arbeit der Klinik für Gerontopsychiatrie stehen nicht »junge« Alte, sondern »alte« Alte mit all ihrer komplexen Multimorbidität. Die Behandlung folgt einer sozialpsychiatrischen Leitlinie, bei der somatotherapeutische Interventionen gleichrangig neben psycho- und soziotherapeutischen Behandlungsansätzen stehen. Das Gerontopsychiatrische Zentrum besteht neben dem Baustein des klinisch-vollstationären Bereichs aus der Tagesklinik und der Institutsambulanz. Aufgaben der Altenberatung werden in Kooperation mit Trägern der gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundsysteme wahrgenommen.

Das therapeutische Spektrum der Klinik für Gerontopsychiatrie

umfasst, neben pharmakotherapeutischen Interventionen, Einzel-, Gruppenpsychotherapie- und Familientherapieverfahren, Ergotherapie, krankengymnastische Aktivierung, soziale Aktivierung und soziales Training sowie musik- und bewegungstherapeutische Angebote. Ziel der Behandlung ist in jedem Fall die maximale Ausschöpfung des Potenzials an Lebensqualität und Selbstständigkeit des einzelnen Patienten, unabhängig davon, ob dies mit einer Entlassung nach Hause oder auch mit einem Umzug oder einer Rückkehr in ein Seniorenheim realisiert werden kann. Die Stationen setzen diesen Behandlungsansatz milieu- und teamorientiert um. Behandlungs- und Rehabilitationspläne werden auf interdisziplinärer Grundlage von den Mitarbeitern der unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam mit den Patienten, ihren Angehörigen und zukünftig im ambulant-komplementären Bereich betreuenden Professionellen festgelegt und variiert.

Das Setting der tagesklinischen Behandlung ermöglicht den Patienten, abends, nachts und am Wochenende im gewohnten häuslichen Umfeld oder im Heim zu bleiben. Erfolge und Problembereiche der Behandlung erfahren so eine direkte Überprüfung im Alltag der Patienten.

Die Klinik verfügt derzeit über 58 vollstationäre Betten und zehn tagesklinische Plätze, die sich auf vier Stationen verteilen. Alle Betten stehen der Akutversorgung zur Verfügung. Auf die Gesamtpopulation der durch uns versorgten Bezirke (ca. 500.000 Einwohner) gesehen, verfügen wir stationär über einen Schlüssel von 0,11 Betten und tagesklinisch von 0,02 Plätzen pro 1000 Einwohner. Die einzelnen Stationen sind den Bezirken zugeordnet, folgen also dem Prinzip der Binnensektorisierung. Sie sind symmetrisch aufgebaut, um die Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung unter den Bedingungen der Betreuer- und Ortskonstanz behandeln zu können.

Die Institutsambulanz dient der Nachbehandlung besonders schwieriger, »nicht wartezimmerfähiger« Patienten, deren Betreuung auch aufsuchend geleistet wird. Der zweite Arbeitsschwerpunkt der Institutsambulanz ist die Gedächtnissprechstunde.

Das Klinikum Hellersdorf ist Mitglied in den gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundsystemen der Bezirke Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick. 1999 wurden in der Klinik für Gerontopsychiatrie 582 Patienten stationär und 79 Patienten teilstationär

behandelt. Die Bettenauslastung betrug im Jahresdurchschnitt 96,8 % bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 34,2 Tagen. Die TK-Plätze waren zu 83,3 % ausgelastet bei einer mittleren Verweildauer von 27 Tagen.

Die Patienten waren zwischen 52 und 102 Jahren alt, der Altersdurchschnitt betrug 79,4 Jahre. Das diagnostische Spektrum reichte von psychoreaktiven Störungen über schizophrene, depressive und manisch-depressive Psychosen bis hin zu hirnorganischen Erkrankungen (besonders Delirien, aber auch Demenzen vom Alzheimer Typ und vaskuläre Demenzen). Bei einer großen Zahl von Patienten wurden neben der psychiatrischen Grunderkrankung auch zahlreiche internistische Begleiterkrankungen behandelt.

Für das Jahr 2000 weisen die Leistungsdaten der Klinik eine weitere deutliche Steigerung auf: Bis 11/2000 waren stationär bereits 579 und teilstationär 95 Patienten – bei einer Verweildauer von 32,4 bzw. 22,05 Tagen – behandelt worden.

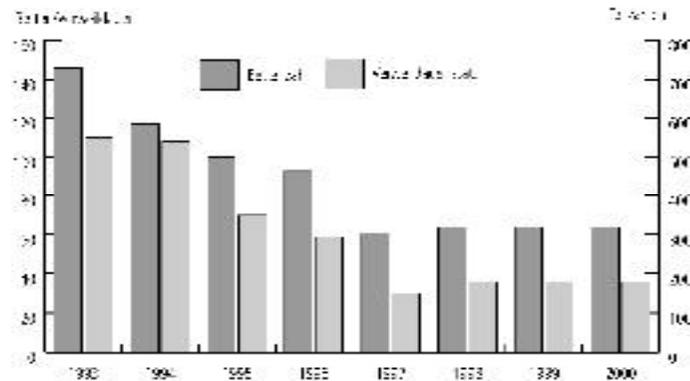


Abb. 1: Entwicklung von Bettenzahlen, Fallzahlen und Verweildauer der Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Hellersdorf

Zum Behandlungsteam zählen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Ärzte im Praktikum und in Weiterbildung, Krankenschwestern und -pfleger, Altenpfleger, Diplom-Sozialarbeiterinnen, ein Diplom-Psychologe, ein Diplom-Sozialgerontologe und Familientherapeut sowie Ergo-, Bewegungs- und Physiotherapeutinnen.

Die Personalausstattung der Klinik kontrastiert scharf mit den Leistungsdaten. Bei der Würdigung dieser beiden Parameter muss im Auge behalten werden, dass zu Zeiten der Entwicklung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die Verweildauer in Gerontopsychiatrien ein Vielfaches des aktuellen Wertes betrug (vgl. Abb. 1) und entsprechend, der besonders arbeitsaufwändige Teil der Patientenversorgung deutlich seltener als bei dem aktuellen hohen Patientenaufkommen zu verzeichnen war. Zusätzlich ist die Häufigkeit und Intensität somatischer Komorbidität deutlich gestiegen. Im ursprünglich intendierten engeren Sinne psychiatrische (ärztliche und nichtärztliche) Therapie sowie Fachpflege können nur noch viel zu selten stattfinden. Durch den kontinuierlichen Leistungsanstieg bei identischer Personalbesetzung muss die Qualität leiden. Zusätzliche Aufgaben (z.B. im Rahmen einer qualitätsorientierten Dokumentation etc.) gehen notwendigerweise mit einem Absinken der eigentlich zur Erhöhung anstehenden Qualität einher. Der weiter unten beschriebene zentrale Ansatzpunkt sozialer Netzwerkarbeit kann nur mit einer adäquaten personellen Ausstattung im klinischen Bereich im Sinne von »best practice« umgesetzt werden.

### Gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbundsysteme in Berlin

Im Jahr 1995 wurde in Köpenick der berlin- und bundesweit erste Gerontopsychiatrische Verbund mit Modellmitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gegründet. Hieran haben sich das Klinikum Hellersdorf, damals noch Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus, der Bezirk, freigemeinnützige und private Träger beteiligt. Ziele des Verbundes sind u.a. eine patientengerechtere Versorgung sowie eine qualitative Verbesserung der Angebote über den Weg verbindlicher Kooperationsabsprachen. Noch während der Modelllaufzeit wurde dieser Verbund zum Vorbild und Anreiz für den Aufbau weiterer gerontopsychiatrischer Verbundsysteme in Marzahn-Hellersdorf, Treptow und weiteren Berliner Bezirken sowie Brandenburger Regionen.

Die Erfolge dieser Verbünde übertrugen sich schließlich auch auf weitere Versorgungsbereiche. Bereits 1999 konnte in Marzahn-Hellersdorf der Grundstein für eine integrierte Altenplanung durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Altenhilfe und Gerontopsychiatrisch-geriatrischem Verbund im so genannten »Netzwerk im

Alter« gelegt werden. Unter dem Begriff »Netzwerk im Alter« hat sich eine verbundbezogene Altenplanung durchgesetzt, die aus drei Interessenverbänden (»Wohnen im Alter«, »Aktiv im Alter« und »Gesundheit im Alter«) besteht.

Seit Ende des Jahres 2000 wird in Marzahn-Hellersdorf ein kompletter »Gemeindepsychiatrischer Verbund« vorgehalten, der aus dem »Allgemeinpsychiatrischen Verbund«, dem »Suchtverbund« und dem »Gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbund« besteht. Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Jugendhilfe koordinieren den Fachaustausch und Planungsfragen über eine AG der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) entwickelt sich schrittweise zu einem Dach für die Verbundsysteme (Abb. 2).

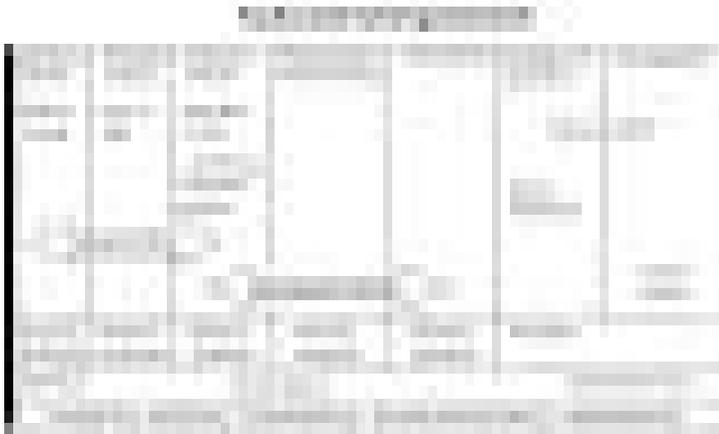


Abb. 2: Vernetzungsstrukturen in Berlin-Marzahn-Hellersdorf

Die Verbundarbeit wird über einen Kooperationsvertrag geregelt, über unterschiedliche Gremien (Trägerkonferenz; Arbeitskreise) gesteuert und durch die Verbundmitglieder in ihrem Alltag umgesetzt. Der Kooperationsvertrag des Gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundes weist auf die notwendige Einbindung in die Psychiatrie-, Alten- und Pflegepolitikplanung des Landes und der

Bezirke hin, sieht Pflichtversorgung als handlungsleitendes Ziel an und bestimmt die Rahmenstrukturen der Verbundarbeit.

Das beschlussfassende Gremium des Verbundes ist die aus den Trägerdelegierten bestehende, sich viermal im Jahr treffende Trägerkonferenz. Sie wird vom so genannten Koordinierungsgremium, das sich aus drei, zu unterschiedlichen Versorgungssektoren gehörenden Vertretern zusammensetzt, geleitet. Die wesentliche Verbundarbeit findet in Arbeitsgruppen statt, die von der Trägerkonferenz nach Bedarf eingesetzt werden und ihre Aufgabenstellungen weitestgehend autonom verfolgen, wobei sie über die Protokolle und die Berichterstattung in den Trägerkonferenzen die anderen Mitglieder kontinuierlich informieren.

Die derzeitige Mitgliederstruktur umfasst alle Einrichtungstypen: Sozialpsychiatrischer Dienst, Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation, Selbsthilfekontaktstelle, Suchtberatungsstellen, Sozialstationen und private Hauskrankenpflegen, Betreutes Wohnen für psychisch Kranke, Tagespflegen, Pflegeheime, Krankenhaus. In Marzahn-Hellersdorf sind von insgesamt acht Heimträgern sechs im Verbund, bei den privaten Hauskrankenpflegen sind es vier von zehn. Die niedergelassenen Ärzte hingegen sind bisher nicht über eine Mitgliedschaft, sondern nur über fallbezogene Kooperationen in den Verbund integriert.

### Netzwerkarbeit und Gerontopsychiatrisches Zentrum

Dem Gerontopsychiatrischen Zentrum wurde in der Psychiatrie-Enquête [4] und von der Expertenkommission [3] eine Motorfunktion zugeordnet, die Innovationen in den Subsystemen Klinikversorgung, Allgemeinmedizin und Altenhilfe sowie in der Vernetzung der Einrichtungen untereinander befördern sollte. Dem Gerontopsychiatrischen Zentrum wurde somit ein Einmischungsauftrag in Richtung der Umsetzung einer gemeindeintegrierten Versorgung psychisch kranker älterer Menschen erteilt.

Vernetzungsnotwendigkeiten ergeben sich u.a. aus der diversifizierten Versorgungslandschaft, der Chronizität von Erkrankungen mit ihrer Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungsangebote über längere Zeiträume und im Hinblick auf Verbindungen zwischen informellem und formellem Hilfesystem [7].

Verschiedene Studien und Untersuchungen haben die Relevanz

von Netzwerkstrukturen zum Erhalt von Lebensqualität und zur Vermeidung von Hospitalisierungen zum Thema. In den Expertisen zum Ersten Altenbericht [5] wird die für den älteren Menschen hohe Bedeutung von Ehepartner, Familie und naher Verwandtschaft für Austauschprozesse der sozialen Unterstützung verdeutlicht. Bei Bedarf nach sozialer Unterstützung sind Ehepartner die hauptsächlichsten Ansprechpartner. Bei allein lebenden, zumeist verwitweten älteren Frauen zeigen sich Beeinträchtigungen in materiellen und emotionalen Belangen. Die soziale Einbindung in das Verwandtschaftssystem ist unter den Aspekten gegenseitiger Befriedigung sozialer und geselliger Bedürfnisse und Unterstützung wichtig.

Andere Arbeiten weisen auf Effekte sozialer Unterstützung bei chronischer Erkrankung [1], auf die Funktion von Tagespflegestätten als neuem Netzwerksegment [12] sowie auf die Relevanz von informellen Netzwerken für Hospitalisierungsrisiken und Verweildauern in Kliniken hin [2, 13, 14].

Ernst von Kardorff diskutiert die Schnittstellenproblematik unter Bezugnahme auf Kooperation, Koordination und Vernetzung. Er ordnet diesen Bereichen mögliche Dimensionen einer gleichsam regionalen Qualitätssicherung zu [10].

Die Anforderungen an ein Gerontopsychiatrisches Zentrum und an Kooperationssysteme sind dementsprechend primär auf die informelle Netzwerke stützenden Funktionen gerichtet, und sekundär auf eine gelingende Verbindung zwischen informellen und formalen Netzwerkbeziehungen [11, 12, 13, 14, 17]. Versorgungsqualität definiert sich danach über unterschiedliche Ausprägungen von Netzwerkarbeit und ihre entsprechende Flankierung durch Fortbildung, bedarfsgerechte Planung und Evaluation.

Im Folgenden werden übersichtsartig und beispielhaft Entwicklungen der Versorgungsstrukturen und -inhalte innerhalb der Gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbände der Berliner Bezirke Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick nach Ebenen aufgefächert beschrieben.

#### Ebene von Netzwerkarbeit und Netzwerkunterstützung

- Helferkonferenzen als Kooperationsstandard bei Krankenhausentlassungen.
- Familien- und Angehörigenarbeit im GPZ (Erhalt und Nutzung familiärer Ressourcen unter Nutzung der psychoanalytischen Familientherapie).
- Netzwerkunterstützung durch neue Angebotsstrukturen (z.B. Entlastungsdienste für pflegende Angehörige, Öffnung der Tagespflege Köpenick an sieben Tagen in der Woche; Angehörigenarbeit in den Heimen).

#### Ebene von Fortbildung, Supervision, Qualitätssicherung

- Erbringen von »Inhouse«-Fortbildungen, die auf die Bedürfnisse eines Trägers zugeschnitten sind, durch einen verbundbezogenen Fortbildungsträger (gerontopsychiatrische Qualifizierung von Heimmitarbeiterinnen).
- Fortbildungen, die sich auf regional vereinbarte Themen beziehen (Gerontoplenum).
- Fortbildungen für Pflegekräfte von Hauskrankenpflegen, Tagespflegestätten und Heimen zum Thema »Gewalt in der Pflege«, in Kooperation mit der Volkshochschule.
- Tagungen zu den Themenbereichen pflegende Angehörige/Familienarbeit/Familientherapie, Biografiearbeit, Integrierte Versorgungsstrukturen.
- Trägerspezifische Supervision mit Fortbildungsanteilen (Kooperation zwischen Klinik und Heim).
- Regionale, trägerübergreifende Fallbesprechungen (kollegiale Supervision).

#### Ebene von Planung, Steuerung und Öffentlichkeitsarbeit

- Entwicklung notwendiger Versorgungsstrukturen im Rahmen der Enthospitalisierung von Langzeitpatienten (1995–1998).
- Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für gerontopsychiatrische Wohntagen (z.B. dementengerechtes Pflege- und Betreuungskonzept, dementengerechte architektonische Gestaltung, Angehörigenarbeit).

- Spezialisierte Angebotsstrukturen in Tagespflegestätten (z.B. für Alzheimer Demenzkranke mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, Chorea Huntington-Patienten).
- Aufbau von Hausgemeinschaften für Demenzkranke.
- Aufbau eines gerontopsychiatrischen Fachpflegedienstes.
- Aufbau einer Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz mit Gedächtnissprechstunde
- Trägertransparenz durch Konzeptvorstellungen im Verbund

#### Ebene von Evaluation und Forschung

- Studie zum gerontopsychiatrischen Pflegebedarf in Einrichtungen im Berliner Bezirk Köpenick (Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus, Gerontopsychiatrische Abteilung in Kooperation mit dem Bezirksamt Köpenick von Berlin) [8].
- Studie zum gerontopsychiatrischen Betreuungs- und Versorgungsbedarf in Berlin-Marzahn (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.) [6].
- Studie zur ambulanten und stationären Pflege in Berlin-Marzahn aus der Sicht von Pflegebedürftigen (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.) [9].
- Studie zu Auswirkungen der Tagespflegestätten auf kognitive Fähigkeiten und subjektives Wohlbefinden, auf alltagspraktische Kompetenzen und soziale Verhaltensweisen der Besucher sowie zur Frage nach Entlastungsfunktionen für Angehörige [17].
- Studie zu sozialen Netzwerken älterer Spätaussiedler in Berlin-Marzahn (Diplom-Arbeit, Studiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik der Evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Berlin) [16].
- Studie zur Integrierten Versorgung in Berlin-Marzahn-Hellersdorf (Diplom-Arbeit i.R. des Studiengangs Pflegemanagement der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin) [15].

#### Abschließende Anmerkungen

Die Forderungen der Expertenkommission sind bezogen auf die im gemeinsamen Entwicklungsprozess von Klinik, GPZ und Verbundsystemen sichtbar werdenden Ergebnisse in weiten Teilen auf den Weg gebracht, aber nicht überall umfassend erfüllt.

Offen sind insbesondere Fragen der *durchgängigen* gerontopsychiatrischen Qualifizierung in der ambulanten und stationären Pflege und im Feld der niedergelassenen Ärzte, die Etablierung von Kooperationsstrukturen mit der zuletzt genannten Gruppe, ausreichende gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste sowie eine kontinuierliche Begleitforschung.

Bezogen auf die gerontopsychiatrische Qualifizierung sollte sicher weiterhin eine Motorfunktion von klinischen Abteilungen und Gerontopsychiatrischen Zentren ausgehen. Wichtig sind für alle Berufsgruppen Orte, an denen Gerontopsychiatrie gelehrt und gelernt werden kann.

Eine Ausweitung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gerontopsychiatrie und Geriatrie wird von einigen Kliniken bereits erfolgreich umgesetzt. Hier besteht weiterer Handlungsbedarf.

Ob eine sektorenübergreifende Versorgung im Sinne des § 140 SGB V möglich sein wird, ist derzeit noch unklar. Dringend muss nach Strukturen und Finanzierungswegen gesucht werden, die eine bessere ambulante multiprofessionelle Versorgung psychisch kranker älterer Menschen ermöglichen. Hier gibt es in der Bundesrepublik Deutschland bisher nur einige qualitativ gute Versorgungsinseln.

#### Literatur

1. BADURA, B.: Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: BADURA, B. (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1981
2. BÄHRER, S., KREBS-ROUBICEK, E., HEMMETER, U.: Das präventive soziale Netzwerk alterspsychiatrischer Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 14 (2), 2001, S. 57–74
3. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur

- Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn 1988
4. DEUTSCHER BUNDESTAG: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200, Bonn 1975
  5. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN e.V. (Hg.): Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung, Bd. 1, Berlin 1991
  6. FÖRSTER, S.: Gerontopsychiatrische Störungen/Erkrankungen bei institutionell betreuten Senioren im Bezirk Marzahn von Berlin. Auswertung der Grunddatenerhebung. Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut Berlin-Brandenburg e.V., Studie im Auftrag des Bezirksamtes Marzahn von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales. Berlin 1997
  7. GUTZMANN, H., KLEIN, U.: Gemeindebezogene gerontopsychiatrische Intervention. In: WAHL, H.-W., TESCH-RÖMER, C. (Hg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart 2000
  8. GUTZMANN, H., SCHMIDT, K.-H., VULTURIUS, H.: Untersuchungen zur Validität der Beurteilungsskala für Geriatrische Patienten (BGP). Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 11, 1998, S. 35–43
  9. HAUPT, H.: Ambulante und stationäre Pflege in Marzahn – aus der Sicht von Pflegebedürftigen. Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut Berlin-Brandenburg e.V. Studie im Auftrag des Bezirksamtes Marzahn von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales, Berlin 2000
  10. VON KARDORFF, E.: Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: RÖHRLE, B., SOMMER, G., NESTMANN, F. (Hg.): Netzwerkintervention. dgvt-Verlag, Tübingen 1998
  11. KLEIN, U.: Netzwerkarbeit in der ambulanten Rehabilitation älterer Menschen. Das Modell der Berliner Koordinierungsstellen. Kasseler Gerontologische Schriften, Kassel 1996
  12. NESTMANN, F., WEHNER, K.: Soziale Netzwerk- und Unterstützungsbeziehungen von alten Menschen mit psychischen Störungen. Untersuchungen der Netzwerkbedeutung einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte. In: RÖHRLE, B., SOMMER, G., NESTMANN, F. (Hg.): Netzwerkintervention. dgvt-Verlag, Tübingen 1998
  13. NETZ, P.: Psychisch kranke alte Menschen und soziale Unterstützung. Vom Bürger zum Heimbewohner oder warum psychisch kranke alte Menschen in ein Heim übersiedeln. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1996
  14. NETZ, P., STEINKAMP, G., WERNER, B.: Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke. Eine empirische Analyse. Leske und Budrich, Opladen 1996
  15. RÖDER, M.: Krankenhäuser als Kooperationspartner in der Integrierten

- Versorgung nach § 140 a–h SGB V. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades eines Diplom-Pflegewirts an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik »Alice-Salomon«, Berlin 2001
16. TAUCHERT, A.: Ältere Spätaussiedler in Berlin-Marzahn. Diplomarbeit im Studiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik der Evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Berlin 2000
  17. ZANK, S., SCHACKE, C.: Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(-innen) und deren Angehörige. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin 1997

## Auf dem Weg zum Gerontopsychiatrischen Verbund – Gerontopsychiatrische Versorgung in Gütersloh

Peter Netz

### Die Entwicklung des Gerontopsychiatrischen Zentrums Gütersloh

Seit 1991 gibt es in Gütersloh das erste Gerontopsychiatrische Zentrum Deutschlands, bestehend aus einer Tagesklinik und einer Ambulanz, jedoch ohne die in den »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung« geforderte Beratungsstelle. Das Gerontopsychiatrische Zentrum liegt in der Stadtmitte von Gütersloh, die drei stationären Einheiten der Abteilung Gerontopsychiatrie befinden sich drei Kilometer entfernt auf dem Gelände der Westfälischen Klinik Gütersloh, mittlerweile keineswegs mehr so randständig wie vor 20 Jahren noch. In der Gerontopsychiatrischen Abteilung werden 60-jährige und ältere Bürger mit den auch in der Allgemeinpsychiatrie vorkommenden psychischen Erkrankungen behandelt, einschließlich der Suchterkrankungen und der organischen psychischen Erkrankungen, also den Demenzerkrankungen, den deliranten Zuständen, den hirnrorganischen Veränderungen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen.

Den »Empfehlungen der Expertenkommission« zufolge soll das Gerontopsychiatrische Zentrum vor allem

- eine Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten und teilstationären Bereich bewirken,
- Kernpunkt und Motor für die regionale Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sein,
- die gerontopsychiatrische Versorgung für die Heimbewohner verbessern,
- durch Hausbesuche sowohl Behandlung als auch Beratung der Betroffenen und Angehörigen durchführen,
- die Kooperation mit den Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe entwickeln und fördern.

Dass einige dieser Anforderungen schon bald nach Einführung des Gerontopsychiatrischen Zentrums in Gütersloh umgesetzt werden konnten, hat die von der Universität Bielefeld in den Jahren 1992–

1995 durchgeführte Evaluationsstudie über das Gerontopsychiatrische Zentrum gezeigt. [6] Wesentliche Ergebnisse waren:

- Durch das Gerontopsychiatrische Zentrum gelingt eine Verlagerung von einer intramuralen zu einer extramuralen Behandlung.
- Vor allem die am schwersten beeinträchtigten älteren Menschen profitieren von der Behandlungskonzeption des Gerontopsychiatrischen Zentrums (aufsuchende Ambulanz).
- Weitestgehend gelingt es, in allen drei Behandlungseinheiten Patienten mit den gleichen Erkrankungen zu behandeln.
- Der Anteil der Heimverlegungen aus der Gerontopsychiatrischen Abteilung in Gütersloh gegenüber einer Region ohne Gerontopsychiatrisches Zentrum ist geringer und
- das Gerontopsychiatrische Zentrum erweist sich als treibende Kraft (»Motorfunktion«) für den Aufbau einer gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur.

### Die Gegenwart des Gerontopsychiatrischen Zentrums Gütersloh

Die Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh ist zuständig für die Behandlung 60-jähriger und älterer Bürger mit psychischen Erkrankungen aus den Kreisen Gütersloh und Herford sowie aus dem Südkreis Lippe mit einer Gesamteinwohnerzahl von ca. 810.000, davon ca. 192.000 60-jährige und Ältere. [3] Das stationäre Behandlungsangebot mit 60 Betten ist auf den gesamten Einzugsbereich gerichtet, während die Altentagesklinik (20 Plätze) und die Gerontopsychiatrische Ambulanz nur für die Stadt und den Kreis Gütersloh zuständig sind (Abb. 1).

Im Vergleich zum Zeitpunkt der von der Universität Bielefeld durchgeführten Evaluationsstudie hat sich die Einwohnerzahl und der Anteil der 60-Jährigen und Älteren deutlich verändert. 1992 lebten 315.000 und 59.000 60-Jährige und Ältere (18,7 %) im Kreis Gütersloh, im Jahre 2000 waren es 345.000 und 74.000 60-Jährige und Ältere (21,5 %). Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren im Kreis Herford betrug im Jahre 2000 25, 5 %, im Südkreis Lippe 25,2 %. Der Anteil der aus dem Kreis Gütersloh kommenden Behandlungsfälle hat sich seit 1992 von 63 % auf 68 % im Jahre 2000 erhöht (Abb. 2).

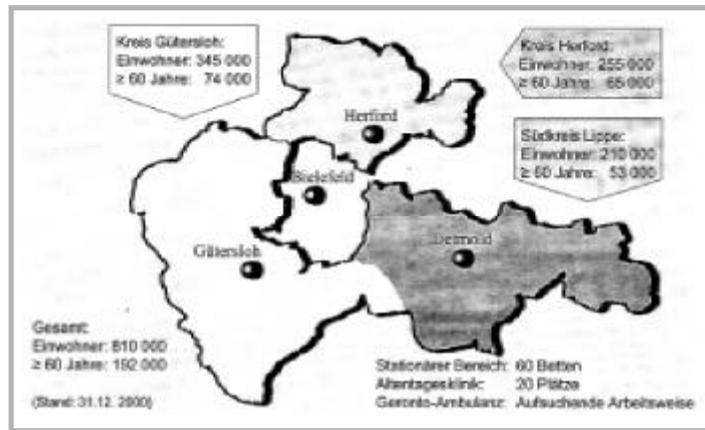


Abb. 1: Einzugsbereich und Behandlungsangebot der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

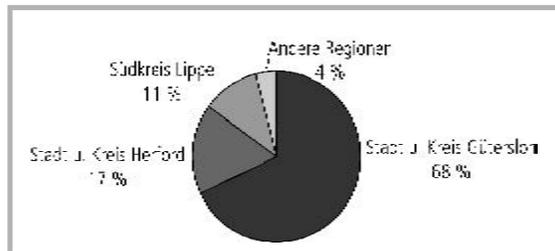


Abb. 2: Herkunft der stationären Behandlungsfälle in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik 2000

Der entscheidende Grund dafür ist die Zunahme der Suchtkranken aus der Stadt und dem Kreis Gütersloh, die gleichzeitig auch die Gruppe mit den häufigsten Wiederaufnahmen ist. Die Suchtkranken aus dem Kreis Herford und dem Südkreis Lippe suchen zur Entgiftungsbehandlung die näher gelegenen Allgemeinkrankenhäuser und zum Teil auch andere psychiatrische Kliniken auf (Bad Salzungen, Paderborn, Bad Driburg).

Die Behandlungsfallzahlen haben seit 1992 in allen drei Behandlungsbereichen zugenommen, am stärksten im ambulanten Behandlungsbereich. Im stationären Bereich war in den ersten Jahren nach Gründung des Gerontopsychiatrischen Zentrums eine starke Zunahme der Behandlungsfallzahlen zu verzeichnen (1992–1994), die in den Folgejahren deutlich geringer ausfiel (Abb. 3).

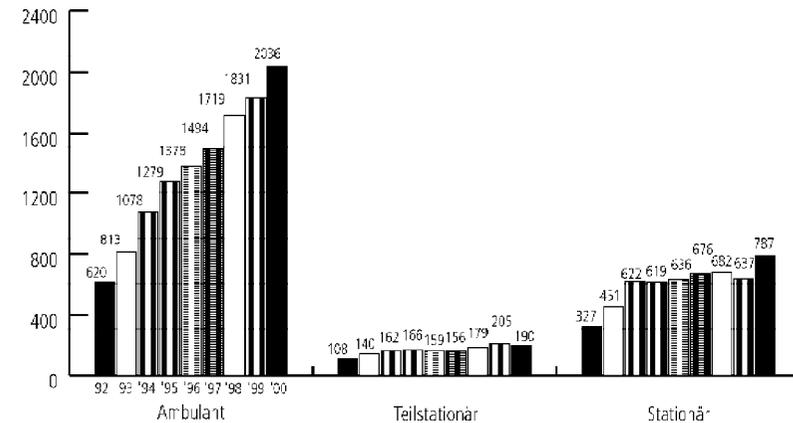


Abb. 3: Die Entwicklung der Behandlungsfallzahlen von 1992 bis 2000 in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Die Zunahme der stationären Behandlungsfallzahlen von 1999 auf 2000 sind vor allem durch eine Zunahme der Zuweisungen aus den Allgemeinkrankenhäusern als Erstaufnahmen, aber auch durch Rückverlegungen bedingt – von 17 % auf 22 % sämtlicher Zugänge – und auch durch eine Zunahme der Wiederaufnahmen von Menschen mit Suchterkrankungen. Die Wiederaufnahmerate ist mit 25 % aber nahezu gleich geblieben. Eine Ausweitung der Behandlungsfälle in der Altagesklinik ist durch die begrenzte Kapazität kaum möglich und wird sich wohl in absehbarer Zeit zwischen 180 und 210 Behandlungsfällen bewegen. Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ist ihre aufsuchende Arbeitsweise, sodass insbesondere die älteren Menschen erreicht werden, die aufgrund ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen

entweder überhaupt nicht oder aber zu spät den Weg zu einer notwendigen psychiatrischen Behandlung finden. Ambulant tätig sind nicht nur die Mitarbeiter der Ambulanz, sondern auch Mitarbeiter aus dem stationären Bereich. Von den ambulanten Behandlungsfällen leben etwa 1/3 in Alten- und Pflegeheimen.

Kontinuierlich abgenommen hat die durchschnittliche Behandlungsdauer im stationären Bereich von 1993 bis 2000, nämlich um fast die Hälfte. In der Altentagesklinik zeigt sich das gleiche Bild (Abb. 4).

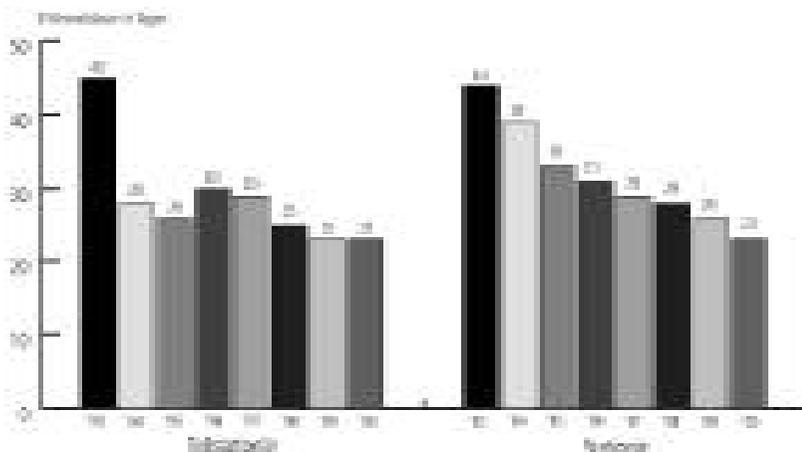


Abb. 4: Die Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungsdauer der teilstationären und stationären Behandlungsfälle in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh von 1993 bis 2000

Ein wesentlicher Grund für die erhebliche Abnahme der durchschnittlichen Behandlungsdauer ist zweifellos die Ausweitung der ambulanten Behandlungs- und Betreuungsangebote seit Beginn der 90er-Jahre.

Im Jahre 2003 wird aller Voraussicht nach die Abteilung Gerontopsychiatrie nur noch für den Kreis Gütersloh zuständig sein. Die Abbildung 5 nimmt diese Zukunftsaussicht grafisch vorweg und soll gleichzeitig deutlich machen, dass ein Gerontopsychiatrisches



Abb. 5: Der Einzugsbereich des Gerontopsychiatrischen Zentrums Gütersloh

Zentrum zukünftig drei Behandlungseinheiten umfasst, nämlich den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.

Seit 1991 gilt für alle drei Behandlungsbereiche das Prinzip der Regelversorgung, was bis auf wenige gefährdete Patienten auch eingehalten werden konnte. Recht rasch hat sich die Altentagesklinik zu einem Behandlungsangebot entwickelt, das eine stationäre Einheit ersetzt. Etwa 95 % der dort behandelten Patienten sind Direkt-aufnahmen, ca. 5 % kommen als Weiterbehandlung von psychiatrischen, internistischen oder neurologischen Stationen, nicht nur der Westfälischen Klinik.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass ein Ortswechsel vor allem für ältere Menschen mit demenziellen Erkrankungen häufig eine zusätzliche Belastung darstellt. Deshalb bemühen wir uns, demenziell erkrankte Ältere hauptsächlich ambulant oder teilstationär zu behandeln. Die Abbildungen 6, 7 und 8 zeigen, dass dies zumindest vom Ansatz her gelingt.

Der Anteil der Behandlungsfälle mit organischen Psychosen im stationären Bereich nahm ausgehend von 1992/93 mit 54 % über 45 % 1996 auf nun 40 % im Jahre 2000 kontinuierlich ab.

Die Altersverteilung der Patienten in den verschiedenen Behandlungsbereichen zeigt, dass vor allem die hochaltrigen Patienten von einer aufsuchenden Ambulanz erreicht werden, während im

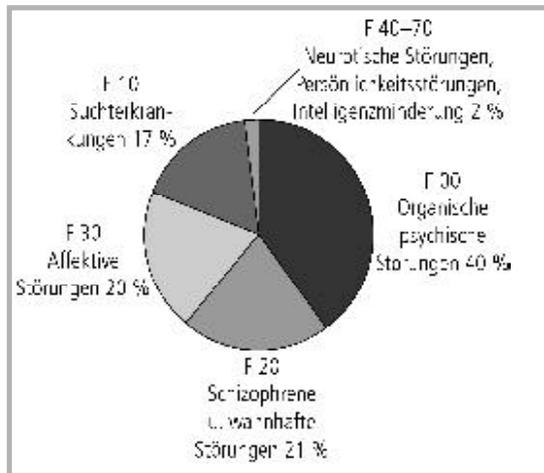


Abb. 6: Diagnosen der stationären Behandlungsfälle der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

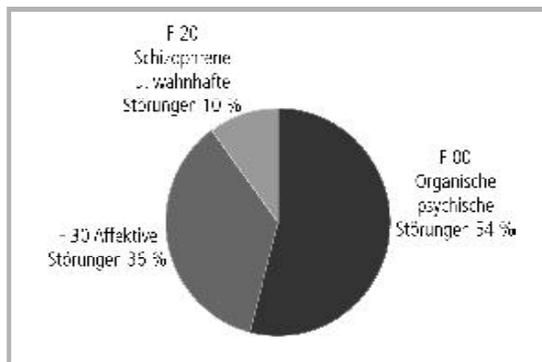


Abb. 7: Diagnosen der teilstationären Behandlungsfälle der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

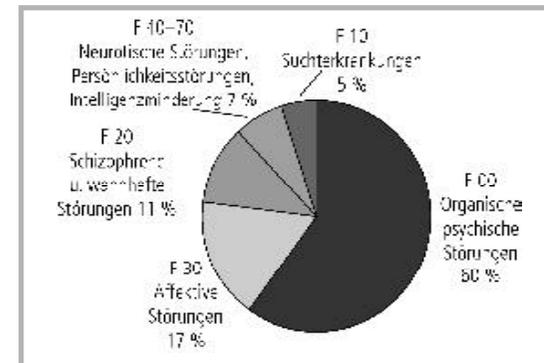


Abb. 8: Diagnosen der ambulanten Patienten der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

stationären Bereich eher die »jüngeren« Alten anzutreffen sind (Abb. 9). Im Durchschnitt waren die stationär behandelten Patienten 73 Jahre, die teilstationär behandelten 75 Jahre und die ambulant behandelten Patienten 78 Jahre alt.

Wie die Abbildung 10 zeigt, findet die gerontopsychiatrische Behandlung in Gütersloh hauptsächlich ambulant und teilstationär statt. Weit mehr als die Hälfte der Gütersloher Patienten werden ausschließlich ambulant behandelt (688 = 57 %), nur 17 % (206) wurden ausschließlich stationär behandelt. Insgesamt wurden noch 33 % (397) aller behandelten Patienten irgendwann einmal im Jahre 2000 stationär behandelt, aber 67 % (811) der aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh kommenden Patienten wurden ausschließlich ambulant und/oder teilstationär behandelt.

Mit 1.208 liegt nicht nur die Anzahl, sondern mit 1,6 % auch der Anteil der 60-jährigen und älteren Bürger, den wir aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh behandeln, höher als im Jahre 1996 (899 Patienten, 1,5 % der 60-jährigen und älteren Einwohner.[4]

Damit ist zumindest eine Teilantwort auf die Frage gegeben, wo denn die psychisch kranken alten Menschen bleiben. Zahlen über die Behandlungsprävalenz aus anderen Regionen fehlen allerdings.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Die von Gutzmann [2]aufgeworfene Frage, wo denn die psychisch kran-

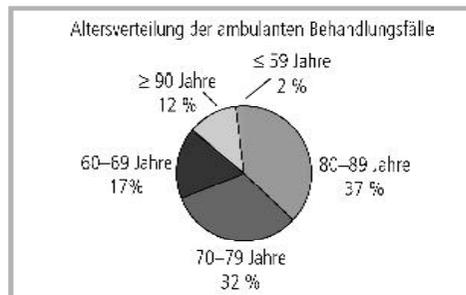
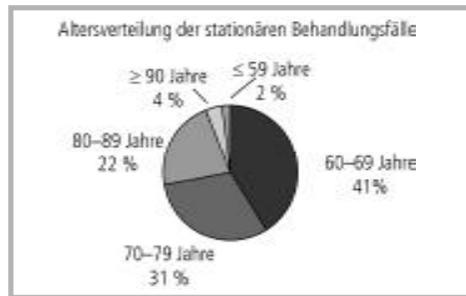


Abb. 9: Altersverteilung der Patienten in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

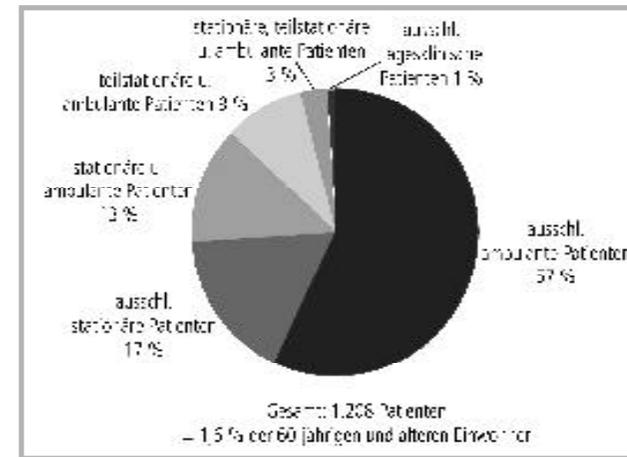


Abb. 10: Verteilung der Patienten aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh in den Behandlungsbereichen der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

Das bis jetzt entstandene gemeindepsychiatrische Verbundsystem für die älteren Bürger in der Region Gütersloh bewirkt auch eine Verminderung der Heimverlegungen aus der Abteilung Gerontopsychiatrie heraus. Die Evaluationsstudie der Universität Bielefeld hat gezeigt, dass 1992/93 innerhalb von zwölf Monaten 19 % der Patienten aus dem stationären Bereich der Gütersloher Abteilung Gerontopsychiatrie in ein Heim verlegt wurden. Eine Nachuntersuchung mit der gleichen Fragestellung und Methode ergab, dass

ken alten Menschen bleiben, haben wir für die Westfälische Klinik Gütersloh überprüft. Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren ist gegenüber dem Anteil der in der Allgemeinpsychiatrie aufgenommenen Patienten zumindest seit 1994 nicht geringer geworden. 1994 lag er bei 37 %, 1997 bei 36 % und im Jahre 2000 bei 37 %. Der Anteil der Erstaufnahmen in der Abteilung Gerontopsychiatrie ist im Jahre 2000 mit 43 % bedeutend höher als in den beiden Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie mit 34 % und 36 %. Der Anteil der Wiederaufnahmen ist in der Gerontopsychiatrie wiederum niedriger als in der Allgemeinpsychiatrie. Beides gilt es zu berücksichtigen, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle zugrunde gelegt wird.

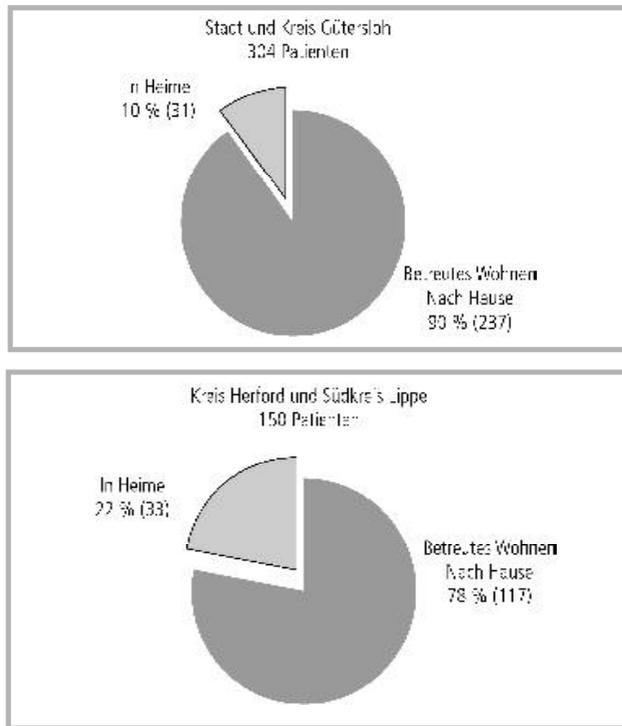


Abb. 11: Anteil der von zu Hause gekommenen und nach stationärer gerontopsychiatrischer Behandlung in ein Heim verlegten Patienten aus der Stadt und dem Kreis Gütersloh im Vergleich zu den aus dem Kreis Herford und Südkreis Lippe kommenden Patienten 1999/2000

im Zeitraum vom 1.10.1999 bis 30.09.2000 nur noch 10 % der im stationären Bereich der Abteilung Gerontopsychiatrie behandelten Patienten in ein Heim verlegt wurden.

Besonders auffällig und eindrucksvoll ist die Differenz der Heimverlegungen der Patienten aus den unterschiedlichen Regionen des Einzugsbereiches der Westfälischen Klinik Gütersloh im Untersuchungszeitraum 1999/2000. Sowohl auf der Ebene der Behandlungsfälle ( $\chi^2 = 6,85$ ;  $P < 0,0089$ ) als auch auf der Ebene der ein-

zelnen Patienten ( $\chi^2 = 5,25$ ;  $p < 0,022$ ) zeigt sich, dass der Anteil der Heimverlegungen der aus dem Kreis Herford und dem Südkreis Lippe kommenden Patienten mehr als doppelt so hoch ist, wie der Anteil der Heimverlegungen der aus der Region Gütersloh kommenden Patienten (Abb. 11).

Die vielfältigen Gründe für diese unterschiedlichen Heimverlegungsraten der Patienten aus den verschiedenen Regionen wurden bereits in einer anderen Publikation ausführlich diskutiert. [5; S. 39 ff.]. Zu den Ergebnissen gehörte, dass die aus Lippe und Herford kommenden Patienten weder »kränker« noch »schwieriger« sind als die aus Gütersloh kommenden. Auch hinsichtlich der sozialen Integration gab es keine Unterschiede der aus den verschiedenen Regionen kommenden Patienten, wenn man die Haushaltsform als Kriterium nimmt. Allerdings wurden mehr Alleinlebende aus Lippe und Herford in ein Heim verlegt als Alleinlebende aus dem Kreis Gütersloh. Ein maßgeblicher Grund für den größeren Anteil an Heimverlegungen der Herforder und Lipper Patienten ist in dem nahezu gänzlichen Fehlen von gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsangeboten in beiden Regionen zu sehen: Dort gibt es weder ambulante Pflegedienste noch Tagespflegestätten mit gerontopsychiatrischer Kompetenz noch gerontopsychiatrische Behandlungsangebote. Ein weiterer entscheidender Grund für die höhere Heimverlegungsrate der Herforder und Lipper Patienten im Vergleich zu den Gütersloher Patienten besteht in der größeren räumlichen Entfernung zwischen dem Behandlungs- und Wohnort der Patienten in den beiden Regionen. Dies erschwert die Organisation der weiteren Behandlung und Nachbetreuung erheblich. Kurze Wege und persönliche Einbeziehung der Angehörigen, der Betreuer, der ambulanten Pflegedienste, der Gerontopsychiatrischen Ambulanz, der Hausärzte machen die Planung und Umsetzung der Entlassungen der Patienten aus dem Raum Gütersloh nach Hause viel einfacher.

Die signifikant niedrigere Heimverlegungsrate aus der stationären Gerontopsychiatrie in Gütersloh gegenüber Regionen mit unzureichenden gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten ist zweifellos auch auf die Wirkungsweise des Gerontopsychiatrischen Zentrums zurückzuführen, wenngleich völlig klar ist, dass nicht nur die Ausweitung des ambulanten und teilstationären Behandlungsangebotes für diese niedrigere Heimverlegungsrate ausschlaggebend

ist, sondern ein entsprechendes Versorgungssystem insgesamt, also entsprechende Wohnangebote, ambulante und teilstationäre Dienste, die eine Heimunterbringung verhindern helfen.

In der Region Gütersloh wurde in den letzten zwei Jahrzehnten eine gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur entwickelt, deren Entstehungsgeschichte im Zusammenhang mit der Auflösung des Langzeitbereiches der Westfälischen Klinik Gütersloh zu sehen und verstehen ist, was in »Ende der Veranstaltung« [1] ausführlich nachgelesen werden kann. In diesem inhaltlichen und zeitlichen Kontext und mit der Gründung des Gerontopsychiatrischen Zentrums wurde, gleichfalls seit Anfang der 90er-Jahre, ein gerontopsychiatrisches Versorgungssystem entwickelt, das teilweise Überschneidungen mit dem Versorgungssystem für jüngere Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen aufweist, teilweise aber auch unabhängig davon mit dem Versorgungssystem der Altenhilfe verwoben ist. Mit dem Gerontopsychiatrischen Zentrum wurde nicht nur das gerontopsychiatrische Behandlungsangebot qualitativ und quantitativ erweitert, sondern initiiert vom Gerontopsychiatrischen Zentrum, aber auch unabhängig davon, entwickelte sich eine gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaft für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Region Gütersloh. Quantitativ sieht dies so aus, dass mittlerweile elf Tagespflegestätten (mehr als 100 Plätze) mit spezieller gerontopsychiatrischer Kompetenz im Kreis Gütersloh existieren gegenüber einer einzigen im Jahre 1992. Auch die ambulante psychiatrische Pflege ist erheblich ausgeweitet worden durch die verschiedensten Vereine. Zurzeit gibt es im Kreisgebiet Gütersloh 42 ambulante Pflegedienste gegenüber zwölf im Jahr 1992. Neun bieten psychiatrische Pflege nach ärztlicher Verordnung an (SGBV). Des Weiteren gibt es jetzt erheblich mehr Wohnmöglichkeiten im Betreuten Wohnen, auch für ältere Menschen mit demenziellen Erkrankungen, und zwar mit und ohne Nachtbereitschaft: Zurzeit (Nov. 2001) gibt es 288 Plätze im Betreuten Wohnen, davon 48 für 60-Jährige und Ältere; in diesem Jahr (2001) gab es schon 356 Plätze, davon wurden 53 Plätze von 60-Jährigen und Älteren in Anspruch genommen. Hinzu kommen noch ca. 20–30 Selbstzahler im Betreuten Wohnen, die 60 Jahre und älter sind. Allerdings hat im Kreisgebiet Gütersloh auch die Zahl der Alten- und Pflegeheime zugenommen. Im Jahre 1992 gab es 20 Alten- und Pflegeheime mit 1.518 Heimplätzen, im Jahr 2000 25 Alten- und

Pflegeheime mit 2.150 Heimplätzen und 106 Kurzzeitpflegeplätze, was aber gewiss nicht mit einer Zunahme der Heimverlegungen aus der Gerontopsychiatrie in Zusammenhang gebracht werden kann. So hat eine von uns durchgeführte Stichprobe in vier Heimen im Kreis Gütersloh mit insgesamt 408 Heimplätzen gezeigt, dass 1999 von 157 Neuaufnahmen 66 % direkt aus Krankenhäusern kamen, 31 % von zu Hause und 3 % aus anderen Heimen. Von den aus den Krankenhäusern in die Heime verlegten Patienten kamen 18 % aus der Abteilung Gerontopsychiatrie und 82 % aus den Allgemeinkrankenhäusern. Diese Zahlen geben zumindest einen Hinweis auf die unterschiedliche Bedeutung der Krankenhäuser bei Heimverlegungen. Eine weiter reichende Interpretation dieser Zahlen ist aber unseres Erachtens erst einmal nicht möglich.

Nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht wurde im Raum Gütersloh durch das Gerontopsychiatrische Zentrum ein Versorgungssystem für psychisch kranke ältere Bürger mit initiiert, in dem z.B. die Kooperation schon sehr früh einen hohen Organisationsgrad erreicht hat. Seit 1991 gibt es als wichtigstes Gremium die wöchentlich stattfindende Ambulanzkonferenz, die vom Gerontopsychiatrischen Zentrum auf den Weg gebracht wurde und auch dort stattfindet.

Die Ambulanzkonferenz bildet die Schnittstelle von stationärer zu ambulanter und teilstationärer Behandlung sowie zwischen Gerontopsychiatrie und Altenhilfe. Mitarbeiter aus den Behandlungseinheiten der Gerontopsychiatrie, der ambulanten Pflegedienste und der Tagespflegestätten sind dort vertreten. Hier geht es um die Planung, Kooperation und Koordination der weiteren Behandlung und Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten, die zuvor stationär, teilstationär oder ambulant behandelt wurden. Das monatlich stattfindende Sozialstationentreffen führt die ambulanten Pflegedienste zusammen. Neben Problemen mit Kostenträgern hinsichtlich ambulanter psychiatrischer Pflege geht es um die Zusammenarbeit untereinander und mit den verschiedensten Krankenhäusern, was auch zur Entwicklung eines Pflegeüberleitungsbogens geführt hat. Hinzu kommen als feste Bestandteile der Treffen Fallvorstellungen und sonstige Weiterbildungsangebote.

Mittlerweile gibt es sogar ein Treffen der Tagespflegestätten, das alle zwei Monate stattfindet. Zurzeit geht es um die Frage, wie ein Angebot für Samstag und Sonntag gemacht werden kann. Zwei

Tagespflegestätten haben zumindest samstags geöffnet. Mindestens einmal jährlich werden die Gütersloher Heime und ihre Mitarbeiter eingeladen, um die Herausforderungen, die eine gute Zusammenarbeit mit sich bringt, zu diskutieren, um die weitere als notwendig erachtete Entwicklung oder Fortbildungsinhalte zu besprechen.

Allerdings ist der Weg noch weit zu einer verbindlichen Versorgungsverpflichtung der beteiligten Hilfeanbieter, mit Ausnahme der Abteilung Gerontopsychiatrie für ihren Einzugsbereich. Auch was die Planung, Steuerung und Koordination betrifft, gibt es erst zaghafte Ansätze (z.B. Pflegekonferenz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatriekoordinator). Bei dieser Weiterentwicklung wird die Gerontopsychiatrie aufgrund ihrer Fachkompetenz eine bedeutsame Rolle spielen. Planung, Steuerung, Kooperation und Koordination eines gerontopsychiatrischen Verbundsystems sollten aber trägerunabhängig erfolgen, z.B. in Form eines kommunalen Gremiums, das sich zusammensetzt aus Vertretern der kommunalen Gebietskörperschaft und aus Vertretern des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen.

### Die Zukunft des Gerontopsychiatrischen Zentrums

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die »Empfehlungen der Expertenkommission«, ein Gerontopsychiatrisches Zentrum als ein teilstationäres und vor allem ambulantes Behandlungs- und auch Beratungsangebot zu konzipieren, innovationsfördernd war und ist, sowohl für das Versorgungssystem als auch für eine Gerontopsychiatrische Abteilung. Die Zunahme von Durchlässigkeit, Transparenz und Niedrigschwelligkeit gerontopsychiatrischer Angebote sind nur einige Stichworte dazu. Gleichwohl ist aber in den letzten Jahren auch deutlich geworden, dass ein Gerontopsychiatrisches Zentrum stationäre Behandlungsmöglichkeiten benötigt, um gemeindeferne stationäre Behandlungen zu vermeiden. Daher ist vor dem Hintergrund der bisher gemachten Erfahrungen ein Gerontopsychiatrisches Zentrum von vornherein als ein ambulantes, teilstationäres und stationäres Behandlungsangebot zu konzipieren, einschließlich einer Beratungsstelle, vorzugsweise inmitten der Stadt gelegen, zumindest als idealtypischer Entwurf. Realistisch betrachtet, ist von den gewachsenen Gegebenheiten vor Ort auszugehen. Doch sollte die Beratungsstelle in der Gemeinde immer leicht

erreichbar sein, um somit die nötige Niedrigschwelligkeit herzustellen. Auf jeden Fall ist die Zusammenführung einer Beratungsstelle an einem Gerontopsychiatrischen Zentrum mit den bisherigen kommunalen Beratungsstellen geboten, wie sie z.B. in Nordrhein-Westfalen durch das Landespflegegesetz auf den Weg gebracht wurden. Denn es ist fachlich wenig sinnvoll, den Hilfe- und Unterstützungsbedarf für ältere Menschen in einen mehr pflegerischen und einen mehr psychiatrischen aufzuspalten. Übertragen auf Gütersloher Verhältnisse und ausgehend von den mittlerweile sehr eigenständigen Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie, des Suchtbereiches und der Gerontopsychiatrie, müsste das Gerontopsychiatrische Zentrum mit seinen drei Behandlungseinheiten und der zugehörigen Beratungsstelle seinen Platz in der Stadt finden. Die Verwirklichung der Konzeption »Alles unter einem Dach« würde die Kommunikation der Mitarbeiter der Behandlungseinheiten optimieren, ein flexiblerer Personalaustausch in den verschiedenen Behandlungseinheiten mit entsprechender Kompetenzerweiterung wäre gegeben, der Übergang der Patienten von stationär nach teilstationär und ambulant wäre noch unkomplizierter mit dem Resultat kürzerer stationärer Behandlungsdauer.

Dies wäre eine Zukunftsperspektive des Gerontopsychiatrischen Zentrums, aber keineswegs die Einzige. Genauso gut vorstellbar ist die Integration der Prinzipien eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in die vermehrt entstehenden Abteilungspsychiatrien. Dazu gehört das Prinzip der Regelversorgung ambulant, teilstationär und stationär, dazu gehört vor allem die aufsuchende Arbeitsweise der Ambulanz und eine enge Verknüpfung der gerontopsychiatrischen Behandlungseinheiten mit den weiterbegleitenden, betreuenden und pflegenden Einrichtungen mit der Zielrichtung größerer Lebensweltorientierung, gerade der Behandlungseinrichtungen. Entscheidende Voraussetzung dazu ist aber das Vorhandensein gerontopsychiatrischer Kompetenzen sowohl im Behandlungs- als auch im darüber hinausgehenden Versorgungsbereich, denn sonst wird die Ausrichtung der Behandlung und einer angemessenen Versorgungsstruktur am Bedarf und den Bedürfnissen älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen vorbeigehen.

## Literatur

1. DÖRNER, K. (Hg.): Ende der Veranstaltung. Paranus Verlag, Neumünster 2001
2. GUTZMANN, H.: Psychisch kranke alte Menschen: Wo sind sie geblieben? Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2, 2001, S. 31–33
3. LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2001): Bevölkerung im Alter »60 Jahre und mehr« in Ostwestfalen
4. NETZ, P.: Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: REMLEIN, K.-H., NETZ, P. (Hg.): Das Gerontopsychiatrische Zentrum. 10 Jahre nach den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung. Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh 1999, S. 56–90
5. NETZ, P.: Der alte Mensch im Krankenhaus – Abschied von zu Hause? In: REMLEIN, K.-H., NÜBEL, G. (Hg.): Der alte Mensch im Krankenhaus. Umsorgt oder entsorgt? Paranus Verlag, Neumünster 2001, S. 128–149
6. STEINKAMP, G., WERNER, B.: Effekte eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf das regionale Versorgungssystem psychisch gestörter älterer Menschen. Leske + Budrich, Opladen 1997

## Sozialmedizinische Aspekte gerontopsychiatrischer Erkrankungen

Klaus Nißle

### Einleitung

Die demografische Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland ist für die nächsten Jahre hinlänglich bekannt und bedarf keiner neuen Kommentierung [5]. Durch die Zunahme des prozentualen Anteils der über 65-Jährigen in der Gesamtbevölkerung werden auch gerontopsychiatrische Erkrankungen in wachsendem Maße Gegenstand der Diskussion in unserem Gesundheitswesen.

Gerontopsychiatrie definiert sich hierbei als eine medizinische Fachdisziplin im Rahmen der Gesamtpsychiatrie, die für Menschen ab 65 Jahren zuständig ist, die auf Grund ihres Älterwerdens oder aber im Rahmen der damit einhergehenden Konsequenzen eine psychische Erkrankung entwickeln. Zudem sind chronisch psychisch Kranke, die auf Grund des Krankheitsverlaufes über die Jahrzehnte hospitalisiert sind, häufig auch Patienten in Gerontopsychiatrischen Praxen und Kliniken.

### Epidemiologische Aspekte

Fast ein Viertel der über 65-jährigen Menschen leidet an einer psychischen Störung nach ICD 10. Bei einer Studie im Rahmen des Bundesmodellprojektes »Gerontopsychiatrischer Verbund Schwaben« [6], die über 1000 Patienten im Verlauf von drei Jahren untersuchte, zeigte sich die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Störungen im ambulanten Bereich wie folgt:

Nach ICD 10 sind demenzielle Störungen (F00.0–F02.9) inklusive der leichten kognitiven Störung (F07.8) in ca. 50 % der Fälle diagnostiziert. Suchterkrankungen im Alter nehmen ca. 10 % ein, weisen aber eine hohe Dunkelziffer bei häufiger Komorbiditätsdiagnose auf (F01).

Schizophreniforme und paranoide Störungen (F02) sind ebenfalls in ca. 10 % der Fälle vorherrschend. Einen weiteren enormen

Anteil haben affektive und hier vorwiegend depressive Störungen (F03) mit ca. 35 %.

Neurotische -, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen im Alter (F04–06) liegen bei ca. 15 % der untersuchten Patientenklitel vor und sind häufig Teil von Doppeldiagnosen. Die Komorbidität der untersuchten Patientenklitel liegt also bei etwa 20 %.

Wie aufgeführt, zeigen sich im Hinblick auf Prävalenz und Inzidenz der gerontopsychiatrischen Störungen nach ICD 10 vor allen Dingen also drei Krankheitsgruppen, die von besonderem sozialmedizinischen Interesse sind:

1. Affektive Störungen, vor allem monopolar verlaufende Depressionen
2. Kognitive Störungen inklusive demenzieller Erkrankungen
3. Anpassungsstörungen durch Verlusterlebnisse etc.

Im Rahmen der in den Jahren 1996 bis 1998 durchgeführten Studie [6] zeigte sich, dass gerade nicht diagnostizierte bzw. nicht ausreichend therapierte leichtere kognitive Störungen und depressive Erkrankungen relativ häufig sind.

Auf Grund der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten haben sich im Bereich der Altersdepressionen zwar erste Erfolge ergeben, nach wie vor wird aber nur ca. jede fünfte Depression erkannt und fachgerecht behandelt (siehe jüngster Expertenbericht zur Lage der Gesundheitssituation in der Bundesrepublik). Durch die Auffälligkeiten im Sozialverhalten werden wahnhaftige Störungen und Anpassungsstörungen im Alter offenbar eher diagnostiziert und behandelt. Die Erkennung von psychischen Störungen im Alter unterliegen aber nicht nur den Aspekten von Erreichbarkeit und Untersuchungswillen der Betroffenen, sondern auch nach wie vor einem nicht unerheblichen Defizit im Kenntnisstand der so genannten professionellen Helfer und Therapeuten. Eine umfassende sozialmedizinische Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten bedarf daher der Aspekte einer verbesserten Prävention, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen, vor allem im ambulanten Bereich.

Besonders erschwerend kommt hinzu, dass gerade ältere Menschen oftmals den Gang zum Hausarzt oder gar Facharzt scheuen und auch das Inanspruchnahmeverhalten potenzieller medizinischer Hilfen durch die Angehörigen, auf Grund unterschiedlichster Ursachen, häufig gering ist. In Evaluationen Gerontopsychiatrischer

Zentren (Gütersloh, Bonn, Kaufbeuren etc.) zeigte sich, dass dieses Vermeidungsverhalten im ländlichen Bereich stärker ausgeprägt ist als im städtischen.

## Prävention

In der primären, sekundären und tertiären Prävention sind in den nächsten Jahren besondere Anstrengungen notwendig, um den wachsenden gesundheitspolitischen Aufgaben gerecht zu werden. Die Erreichbarkeit der Klienten, vor allem im ambulanten Bereich, muss im Vordergrund der Bemühungen stehen. Hierbei kommt den Hausärzten eine besondere Bedeutung zu.

Durch die Stigmatisierung psychisch kranker alter Menschen in der Geschichte der Psychiatrie ist das Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrischen Hilfen noch geringer als das Wahrnehmen von medizinischer Hilfe bei anderen Fachärzten. Da in vielen Bundesländern niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten aus den unterschiedlichsten Gründen nur ausnahmsweise aufsuchend arbeiten, kann von einer flächendeckenden Versorgung psychisch kranker alter Menschen in der BRD nach wie vor nicht gesprochen werden [3]. Ein primärer Ansatzpunkt in der Prävention muss daher in der Aufklärung der Bevölkerung über die potenziellen therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten gerontopsychiatrischer Dienste liegen. Der Umstand, dass Depressionen in einem Zeitraum von nur wenigen Wochen potenziell behandelbar sind und in den allermeisten Fällen zu einer Wiederherstellung führen, ist in der Bevölkerung noch immer zu wenig bekannt. Auch die guten Möglichkeiten einer positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufes demenzieller Störungen, je früher diese erreicht und behandelt werden, werden offenbar auch bei niedergelassenen praktischen Ärzten noch immer unterschätzt. Nach wie vor grassiert das Vorurteil, dass demenzielle Störungen sich einer medikamentöse Einflussnahme entziehen. Gerade durch die psychopharmakologischen und geronto-psychotherapeutischen Fortschritte in den letzten Jahren sind die häufigsten gerontopsychiatrischen Störungen potenziell behandelbar. Je später die Störungen erkannt und behandelt werden, umso schlechter ist die Prognose. Damit sind erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen für unsere Solidargemeinschaft verbunden.

Auf Grund dieses Ansatzpunktes wird gegenwärtig in Bayern im Rahmen eines Bundesmodellprojektes erprobt, inwieweit ein »Zentrum für seelische Gesundheit im Alter«, mit integrierten Behandlungs- und Beratungsangeboten außerhalb Psychiatrischer Kliniken, einen wesentlichen Schritt in Richtung Prävention zu leisten in der Lage ist. In der Zukunft sollte gerade der außerklinische Bereich, auch hinsichtlich der Prävention und unter ökonomischen Gesichtspunkten, im Vordergrund der sozialmedizinischen Überlegungen stehen.

### Therapie

Im therapeutisch-rehabilitativen Bereich ist der Schwerpunkt nach wie vor auf die ambulante Versorgung vor teilstationären und – nachrangig – stationären Maßnahmen zu legen. Gerade bei gerontopsychiatrischen Patienten zeigt sich immer wieder die Bedeutung des multiprofessionellen, fachpsychiatrischen Ansatzes [4].

Durch die §§ 118 und 120 SGB V ist eine aufsuchende therapeutische Tätigkeit durch Institutsambulanzen Psychiatrischer Krankenhäuser und Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ermöglicht. Diese sollen dort tätig werden, wo niedergelassene Fachärzte nicht allein bzw. nicht ausreichend eine Versorgung gewährleisten können. Der Ansatz geht in die richtige Richtung, ist auf Grund struktureller und ökonomischer Hürden aber bislang bestenfalls rudimentär umgesetzt [1]. Die immer wieder geforderten Gerontopsychiatrischen Zentren sind in den letzten Jahren zwar zahlenmäßig angewachsen, werden aber von nicht einmal 15 % aller öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD vorgehalten. Ein forciertes Ausbau dieser Strukturen ist in den nächsten Jahren auch nicht zu erwarten.

Als alternativer Ansatz ist daher der gerontopsychiatrische Liaisondienst zu sehen, der mit multiprofessionellen Behandlungsteams im Allgemeinkrankenhaus flächendeckend implementiert werden sollte. Ein entsprechendes Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit hat sich bewährt, sodass die Krankenkassen planen, eine Regelfinanzierung für den Raum Schwaben durchzuführen [2]. Von diesen gerontopsychiatrischen Liaisondiensten ausgehend, könnte eine ambulante Versorgung, im Sinne der Sozialpsychiatrie regional sektoriert, effizient erfolgen. In dem Modell hat sich ge-

zeigt, dass gerade die Anzahl der stationären Aufnahmen in der Gerontopsychiatrie weiter rückgeführt werden kann und dass durch eine Vernetzung der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz mit dem Liaisondienst und dem Zentrum für seelische Gesundheit eine weitgehend außerstationäre Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten möglich wird. Diese auch für die Krankenkassen bedeutenden Entwicklungen sind auch unter dem Aspekt der sich wandelnden familiären gesellschaftlichen Strukturen bedeutsam.

Durch die ambulante Soziotherapie, wie sie im § 37a SGBV neu gefasst wurde, ist die Möglichkeit einer ambulanten Betreuung eröffnet worden. Hiermit ist auch außerhalb der Psychiatrischen Fachkliniken grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, dass ausgebildete Fachschwestern und -pfleger und Sozialpädagogen/Gerontologen, in Kooperationen mit Fachärzten für Psychiatrie, ambulante multiprofessionelle Behandlungs- und Beratungsangebote realisieren. Erschwerend ist hier anzuführen, dass durch die Deckelung und Budgetierung der Patientenbesuche eine bedarfsorientierte Versorgung nicht vorgesehen ist. Gleichwohl ist das Konzept ein erster Ansatz, um eine ambulante multiprofessionelle aufsuchende Tätigkeit auch außerhalb der Kliniken zu ermöglichen. Eine besondere Bedeutung kommt hier auch der Kooperation dieser Soziotherapeuten mit den niedergelassenen Fachärzten sowie den Sozialstationen zu.

Die Inanspruchnahme von teilstationären Hilfen stellt in der Bundesrepublik aktuell ein gewisses Problem dar, da Tagespflegen, obwohl potenziell vorhanden, oft nicht ausreichend genutzt werden, da die zuführenden ambulanten Strukturen noch zu wenig ausgebaut sind bzw. die teilstationären Angebote nicht ausreichend bekannt sind. Auch flächendeckende Gerontopsychiatrische Tageskliniken sind nach wie vor nicht ausreichend umgesetzt, wobei im ländlichen Bereich ökonomische Probleme zur Deckung dieser Einrichtungen (zumindest am Anfang) bestehen.

Ein besonderer Problembereich ist der vollstationäre Bereich der Alten- und Pflegeheime. Durch den wachsenden Anteil psychisch kranker Menschen in diesen Institutionen, der mittlerweile mindestens 50 % ausmacht, zeigt sich die Diskrepanz zwischen der durch die Richtlinien der Pflegeversicherung zwar sichergestellten somatischen Grundpflege und dem nach wie vor nicht berücksichtigten Bedarf an psychiatrischer Krankenpflege. Eine rein quantitative

Anhebung der Pflegeschlüssel greift hier zu kurz, da dies weder die Ansprüche an eine fachgerechte Pflege erfüllt, noch die finanziellen Voraussetzungen berücksichtigt, die eine solche quantitative Anhebung der Pflegeschlüssel bedingen würden.

Im Herbst 2000 wurde auf Initiative des Bayerischen Sozialministeriums eine Fort- und Weiterbildung »Gerontopsychiatrische Pflege« verabschiedet, die einen wichtigen Schritt in der Fort- und Weiterbildung für Altenpflege-, Krankenpflege- und Heilerziehungspflegerpersonal darstellt. Durch eine sechswöchige Fortbildung soll demnach das gesamte Pflegepersonal, das in der Altenpflege tätig ist, mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen vertraut gemacht werden. Nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung sollen mindestens 10 % des in den Institutionen tätigen examinierten Pflegepersonals die Möglichkeit zur Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachpflege erhalten. Eine solche zweijährige berufsbegleitende Fachweiterbildung soll zu einer Qualifizierung in den Einrichtungen der Altenhilfe beitragen und hier die Qualitätssicherung entscheidend voranbringen.

Daraus folgend ist nun von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, des Bayerischen Gemeindetages, des Bayerischen Landkreis- und des Städtetages, des Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste sowie des Verbandes der Bayerischen Bezirke, ein Positionspapier zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen erarbeitet worden, welches vor seiner Verabschiedung steht. Demnach soll in speziellen gerontopsychiatrischen Versorgungseinheiten die hierfür besonders definierte Patientenlientel gepflegt und behandelt werden. Die Unterbringung in einer gerontopsychiatrischen Einheit ist bei der zuständigen Pflegekasse zu beantragen und bedarf einer fachärztlichen Stellungnahme und der Checkliste durch das Heim sowie eines fachärztlichen Befundberichtes bei externer Neuaufnahme. Eine geschlossene Unterbringung in diesen Einheiten, die vorzüglich offen zu führen sind, soll hier die Ausnahme darstellen (Literatur beim Verband der Bayerischen Bezirke).

## Rehabilitation

In den letzten Jahren haben sich geriatrische Rehabilitationsabteilungen in der Bundesrepublik entwickelt, die eine Anschlussheilbehandlung an die beendete vollstationäre Kriseninterventionen anbieten, vor allem im Bereich der Inneren Medizin und der Neurologie. Es bleibt allerdings festzuhalten, dass diese geriatrischen Rehabilitationsabteilungen vieler Orts nur sehr eingeschränkte Behandlungserfolge aufweisen können. Auch ist die Gemeindenähe oft nicht gegeben.

Die Einführung der Diagnosis-Related-Groups (DRG) wird die Krankenhausstruktur in den nächsten Jahren verändern. Es ist mit einer fortschreitenden Integration psychisch kranker Menschen und neurologischer Patienten in Allgemeinkrankenhäusern zu rechnen. Gerade in angelsächsischen Ländern bieten sich hier interessante Vergleichsmöglichkeiten, inwieweit sich die Krankenhausstrukturen für die Gerontopsychiatrie verändern könnten (»Consultant Systems«, etc.). Auf längere Sicht wird die ganzheitlich orientierte interdisziplinäre vollstationäre Versorgung kranker Bürger am Heimatort im Vordergrund stehen, in die dann auch die Psychiatrie integriert sein muss.

## Fachausbildung

Im Pflegebereich wurde durch das o.g. Curriculum zur Fachweiterbildung »Gerontopsychiatrische Pflege« ein wesentlicher Schritt getan für das examinierte, in der Altenhilfe tätige Pflegepersonal. Dies ist besonders unter dem Aspekt der fachlichen Umsetzung der ambulanten Soziotherapie ein wichtiger Baustein für die Zukunft. Allerdings bleibt festzuhalten, dass für das Pflegehilfpersonal nach wie vor vergleichbare Ausbildungsangebote fehlen. Auch in der Altenpflegeausbildung findet Gerontopsychiatrie noch zu wenig Würdigung. Weitere Schritte in diese Richtung sind also in der Zukunft notwendig.

Im ärztlich-medizinischen Bereich sind zwei besondere Aspekte erwähnenswert. Zum einen ist die Ausbildung der in hausärztlicher Praxis tätigen Kollegen im Hinblick auf Kenntnis von pharmakodynamischen Interaktionen wie auch präventiver und diagnostischer Möglichkeiten in der Behandlung von psychiatrischen Alterser-

krankungen aktuell unzureichend. Es bedarf daher weiterer Anstrengungen, auch der Landesärztekammern, in Kooperation mit dem Verband der Landschaftsverbände bzw. Bezirke, um hier eine Verbesserung der Fachkenntnisse durch entsprechende Zertifizierungen zu bewerkstelligen. Eine Einigung im Bereich der klinischen Geriatrie auf eine adäquate Fort- und Weiterbildung kam bislang nicht zu Stande.

Ein weiterer Ansatzpunkt in der therapeutischen Versorgung psychisch kranker älterer Menschen liegt im Bereich der Geronto-Psychotherapie. Gerade hier stecken die Kenntnisse, trotz umfangreicher Literatur, noch in den Kinderschuhen. Nur ca. 1 % aller Bundesbürger, die eine psychotherapeutische Behandlung erfahren, sind aktuell älter als 60 Jahre [3]. Auf Grund der Bevölkerungsentwicklung und der anzunehmenden Verlängerung der Lebensarbeitszeit bedarf es hier dringend weiterführender Erfahrungen im ambulanten und stationären Bereich, um sich auf die zu erwartenden neuen Patientenpopulationen einstellen zu können. Es bedarf auch entsprechender Überlegungen bzgl. der Ausbildung von Dipl.-Psychologen im Gesundheitssektor. Gegenwärtig existiert eine Ausbildungsrichtung an der Universität Kassel. Es wäre überlegenswert, auch andernorts Weiterbildungen einzuführen.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich gerade im Bereich der Gerontopsychiatrie die Versorgungslandschaft in den nächsten Jahren entwickeln und verändern muss, um der demografischen Herausforderung weiter gerecht zu werden. Neben der Integration der Psychiatrie in die gesamte Medizin muss es ein besonderes Anliegen sein, die Fort- und Weiterbildung auf dem Fachgebiet der Gerontopsychiatrie im Bereich der Pflege und Medizin inklusive der medizinischen Hilfsberufe zu fördern und geeignete Strukturen zu entwickeln.

Von ganz besonderer Bedeutung ist nach wie vor der Grundsatz ambulant vor stationär. Auch unter dem sozio-ökonomischen Aspekt und der Belastbarkeit der Volkswirtschaft bei dem zu erwartenden Anstieg der Prävalenz und Inzidenz gerontopsychiatrischer Erkrankungen, sollte der Ansatz des Gerontopsychiatrischen Zentrums zwar weiter verfolgt werden, aber im Hinblick auf die inhaltli-

che Ausgestaltung realitätsnäher werden. Gerade die Implementierung von Liaisondiensten in Allgemeinkrankenhäusern stellt hier ein realistischeres Zukunftsziel dar.

Der Ansatz von Multiprofessionalität und aufsuchender beratender Tätigkeit wird außerklinisch noch mehr zu fordern sein. Schon aus Kostengründen werden bislang rein ärztliche Aufgaben (Erhebung des psychopathologischen Befundes, Angehörigengespräche etc.) auf die medizinischen Hilfsberufe verlagert werden, die etwa durch die Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachpflegekraft ausreichende Kompetenzen erhalten. Auch hier könnte die Entwicklung der angelsächsischen Länder ein Vorbild sein.

### Literatur

1. DIEKMANN, NIßLE, K.: Zur extramuralen Versorgungssituation Gerontopsychiatrischer Abteilungen/Kliniken in der BRD, *Psychiatrische Praxis*, 23, 1996, S. 180–186
2. KIRCHEN-PETERS, S. unter Mitarb. v. BREHM, M. u. HEMM, P.: Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst des Gerontopsychiatrischen Zentrums Kaufbeuren. Ein Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus. Zwischenbericht, ISO-Institut, Saarbrücken 2002
3. NIßLE, K.: Psychisch krank im Alter – Die Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland (Reihe »thema« (136), herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe). Köln 1998
4. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 114). Nomos, Baden-Baden 1999
5. Bundestagsdrucksache 14/5130: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, 2001
6. SOCIAL INVEST CONSULT gGmbH (Hg.): Endbericht zum Projekt »Gerontopsychiatrischer Verbund in Schwaben«, Augsburg 2002

## Personenzentrierte Organisation psychiatrischer Akutversorgung

### Das Kieler Modell: Integrierte psychiatrische Versorgung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlung nach den Modalitäten des »Regionalbudgets«

Josef Aldenhoff

Die Psychiatrie wird von seltsamen Traditionen bestimmt. Obwohl wir viel über Hospitalismus wissen, dauern stationäre Aufenthalte oft mehrere Monate. Obwohl wir die Bedeutung von stabilen Beziehungsstrukturen aus der Psychotherapie sehr genau kennen, tolerieren wir regelhaft Beziehungsabbrüche an dem ohnehin kritischen Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung. Obwohl eine stabile und befriedigende pharmakologische Einstellung oft Wochen dauert, wird das Ergebnis beim gleichen Übergang immer wieder aufs Spiel gesetzt. Wir schicken aus vordergründigen finanziellen Überlegungen unsere Patienten auf die Straße, drücken uns aber um die Bestandsaufnahme, ob diese von obskuren Budgetvorstellungen erzwungenen Maßnahmen nicht zu gehäuften Wieder-aufnahmen und damit zu noch höheren Kosten führen.

Hinter diesem Widersinn stehen angeblich finanzielle Zwänge, tradierte, aber nicht mehr sinnvolle Strukturen. Warum dies im Bereich der seelischen Störungen so krass ist, kann man vermuten: Das alte Stigma, das uns schon den Halbierungserlass bescherte, ist nach wie vor wirksam: In Zeiten schwacher Budgets sind es wieder die seelisch Kranken, an denen man sparen will.

Das Instrumentarium zur Abhilfe steht im Grunde schon lange bereit, aber erst in jüngster Zeit kommt es zu konzertierten Aktionen von Kostenträgern, Planern und Therapeuten, die neue, für die Bedürfnisse seelisch kranker Menschen besser geeignete Strukturen schaffen wollen. Ich will über ein Modell berichten, das in einer solchen gemeinsamen Aktion entwickelt wurde, kurz vor der Realisierung steht und bezüglich seiner Chancen alle Beteiligten mit Spannung erfüllt. Folgende Bedingungen spielen dabei eine Rolle:

Als Kieler Universitätsklinik hatten wir die Initiative ergriffen, ab Ende 1997 für etwa ein Drittel der Stadt und zusätzlich für das gesamte Universitätsklinikum die sektorierte psychiatrische Vollversorgung zu übernehmen. Im Gebäudekomplex der alten Nerven-klinik werden ab Ende 2003, durch Auszug der Neurologischen Klinik in ein anderes Gebäude, Bettenkapazitäten frei. Diese zusätzlichen vollstationären Plätze würden eine Versorgung der ganzen Stadt (für die bisher zusätzliche Betten in der Fachklinik Heiligenhafener zur Verfügung stehen) ermöglichen, wenn gleichzeitig eine entsprechende tagesklinische und ambulante Kapazität geschaffen werden könnte. Mit dem Angebot einer Kapazitätserweiterung entsteht also die Möglichkeit, eine neue Struktur zu schaffen.

Die Krankenkassen in Schleswig-Holstein machen das Angebot, ein so genanntes Regionalbudget einzuführen. Das heißt:

1. Für jeden Patienten wird ein Budget so berechnet, dass vollstationäre, teilstationäre, und ambulante Kosten daraus bezahlt werden.
2. Die Höhe dieses Budgets wird aus dem jetzt gegebenen vollstationären Budget und aus der jetzigen Inanspruchnahme der Institutsambulanz hochgerechnet.
3. Die Entscheidung, in welchem Setting der in 1. dargestellten Möglichkeiten der Patient behandelt wird, trifft die Einrichtung, unabhängig vom Vorschlag des niedergelassenen Kollegen.
4. Einweisen können Hausärzte und Nervenärzte,
5. Deren Budget ist vom Regionalbudget getrennt.
6. Das für die Krankenhausplanung zuständige Sozialministerium signalisierte Zustimmung, die in einem vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Gutachten vorgeschlagene und für das Regionalbudget unverzichtbare Bettenverlagerung zu akzeptieren.
7. Im bisherigen »Zentrum Nervenheilkunde« werden mit dem Auszug der Neurologie 60 Betten frei; bei entsprechender Aufteilung in voll- und teilstationäre Plätze müsste die Versorgungskapazität ausreichen, um die bisherigen 110 Betten in der ortsfernen Fachklinik Heiligenhafener zu ersetzen.

Es soll also eine Struktur aufgebaut werden, in der für jeden Patienten eine individuelle Behandlungssituation gefunden wird, die sich nach

- den Möglichkeiten **und** Forderungen der akuten Krise oder Krankheitsepisode, bezogen auf die individuelle Persönlichkeit,
- den Erfahrungen aus seiner Krankheitsgeschichte und
- den Bedingungen des soziotherapeutischen Umfeldes richtet.

Basisforderungen bei der Realisierung dieser Ziele sind

- eine auf Zustandsänderungen angepasste Flexibilität,
- eine so weit wie möglich zu erhaltende Kontinuität der persönlichen Kontakte und
- eine Verträglichkeit mit dem Budget.

Was muss geändert oder neu geschaffen werden, um die genannten Ziele unter Berücksichtigung der Basisforderungen zu realisieren?

### Personalstruktur

Die gegenwärtige Situation ist durch getrennte Teams im voll- und teilstationären sowie im ambulanten Bereich gekennzeichnet. Die unvermeidbare Folge sind mehrfache Beziehungsabbrüche im Verlauf einer Behandlungsepisode, selbst wenn diese durch eine Institution mit einheitlicher Behandlungsphilosophie und ggf. optimaler Zeitabstimmung gemanagt wird.

Vorschlag: Die wegen der Begrenztheit individueller Ressourcen unumgängliche Trennung der Teams sollte nicht nach Kriterien der Behandlungsmodalität – voll-, teilstationär, ambulant –, sondern nach diagnostischen Kriterien vorgenommen werden: Also Team für Psychosenbehandlung, Team für Borderlinebehandlung, Team für Depressionsbehandlung, Team für Suchtbehandlung usw.

Diese diagnosenspezifischen Teams werden dann jeden Patienten jeweils modalitätsübergreifend konstant betreuen. Kommt ein Patient mit bekannter Diagnose wieder zur Aufnahme, so wird er sofort dem entsprechenden Team zugeordnet, das er kennt.<sup>1</sup> Neue Patienten werden von dem als *Casemanager* handelnden Aufnahmearzt vordiagnostiziert und zunächst i.d.R. in einer Krisenintervention aufgenommen. Im Verlauf der nächsten zwei bis drei Tage wird es in

1 Diagnostische Unklarheiten, z.B. zwischen Sucht und Psychose, werden in diesem System schnell klar, da sich solche Patienten auffällig schlecht in das störungsspezifische Konzept fügen.

den meisten Fällen durch die zusätzlich durchgeführte Diagnostik und durch die Hinzuziehung oberärztlicher Spezialkompetenz zu einer diagnostischen Klärung kommen, welche dann eine Zuordnung zum jeweiligen Team erlaubt.

Die sich im Personalbereich ergebenden Anforderungen sind durchaus komplex: Berücksichtigt man die Vielfalt der heute auch in der Psychiatrie verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten, so kommt man schnell zu dem Schluss, dass es nicht nur diagnoseabhängige, sondern auch behandlungsabhängige Trennungen geben wird. In der Praxis der Durchführung von antidepressiven Pharmako- und Psychotherapien werden diese nur selten durch ein und dieselbe Person vorgenommen werden, noch seltener wird dies bei Psychotherapie und Elektrokrampftherapie (EKT) der Fall sein. Dies fordert zwingend die Einrichtung der Funktion des *Casemanagers*.

Die Aufgaben eines *Casemanagers* sind vielfältig, aber klar definiert:

- Diagnostische Zuordnung bei allen Erstaufnahmen
- Therapeutische Zuordnung
- Entscheidung der Behandlungsmodalität
- Überwachung der Kohärenz
- Krisenmanagement

Er wird bei allen Erst- und bei vielen Wiederaufnahmen zum Einsatz kommen, bei denen es durch Veränderungen in der psychosozialen Situation oder des Krankheitsverlaufs auf grundsätzliche Modifikationen der Behandlungsstrategie ankommt. Entbehrlich wird der *Casemanager* bei Störungen sein, bei denen ein häufiger Modalitätswechsel an der Tagesordnung ist, wie bei Borderline-Patienten oder wenn Wiederaufnahmen nach identischem Muster ablaufen, wie bei manchen Psychose-Patienten. Einen Zwischenbereich stellen Sucht-Patienten dar, die einerseits durch häufige, fast stereotyp verlaufende Aufnahmen charakterisiert werden können, bei denen es andererseits durch körperliche Komplikationen zur Notwendigkeit schnell erforderlicher, situationsgebundener Aktionen kommen kann.

## Raumstruktur

Von Psychiatrie-Erfahrenen wird häufig eine Trennung von voll- und teilstationärem Bereich gefordert, da sie es für schwierig halten, durch räumliche Nachbarschaft immer wieder an die möglicherweise dramatischen Erlebnisse der stationären Aufnahme erinnert zu werden. Obwohl diese Argumentation gut zu verstehen ist, bleibt abzuwägen, ob die räumliche Trennung nicht zugunsten einer, die persönliche Kontinuität gewährleistenden Nähe, aufgegeben werden sollte. In der Praxis wird es schon bei wenigen Kilometern Entfernung zwischen voll- und teilstationären Bereichen sehr schwer sein, eine personelle Kontinuität aufrechtzuerhalten, da zu viel Wegezeit anfällt. Deswegen plädieren wir, zumindest für die diagnostischen Schwerpunkte, bei denen ein häufiger Wechsel zwischen den Behandlungsmodalitäten wahrscheinlich ist, für eine eng verbundene Raumstruktur. Dies gilt wahrscheinlich vor allem für schizophrene Kranke, für Borderline-Patienten und, je nach Therapieschema, auch für Sucht-Patienten. Im gerontopsychiatrischen Bereich könnte man sich auch eine größere Distanz vorstellen, da hier ein häufiger Wechsel der Behandlungsmodalitäten nicht notwendig oder wünschenswert ist.

Hält man die Forderung einer möglichst weitgehenden persönlichen Kontinuität durch, so ergeben sich tief greifende Konsequenzen für die Personal- und Raumstruktur innerhalb der Einrichtung:

Eine Denkmöglichkeit wäre dabei, völlig getrennte Bereiche für die einzelnen Diagnosegruppen einzurichten. Dies wird sich im vollstationären Bereich vielleicht noch realisieren lassen, im tagesklinischen Bereich aber schon nicht mehr. Alternativ halten wir es für denkbar, mit einem einheitlichen Raumangebot zu arbeiten, das für alle Behandlungsmodalitäten und flexibel für voll- oder teilstationäre Behandlung genutzt wird. Diese Möglichkeit würde das Risiko vorübergehend leer stehender Räume minimieren. Um hier aber die richtigen Entscheidungen zu finden, sollte man im Vorfeld möglichst detaillierte Behandlungsszenarien entwerfen.

Hier einige Beispiele:

- Ein *depressiver* Patient wird kombiniert behandelt mit Antidepressiva und Interpersonaler Psychotherapie. Es tritt zügige Besserung ein und bereits in der 6. Woche ist ein Zustand erreicht, der ambulant oder zumindest teilstationär weiter behandelt werden könnte.

In der *heutigen Situation* wird man mit einem solchen Schritt vermutlich zurückhaltend sein, da beide Alternativen zur vollstationären Behandlung mit Beziehungsabbrüchen verbunden wären. Nach den *Kriterien des Regionalbudgets*, die ja einen schnellen Wechsel in beide Richtungen ermöglichen, kann ohne Beziehungsabbruch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung versucht werden, die bei Verschlechterung sofort wieder rückgängig gemacht wird.

- Ein mehrfach erkrankter Patient mit einer *schizophrenen Psychose* kommt mit dem, während des letzten stationären Aufenthaltes angesetzten atypischen Neuroleptikum wegen einer erheblichen Gewichtszunahme nicht zurecht.

In der heutigen Situation wird ambulant ein Reduktionsversuch gemacht, der unter den – an der Realität gemessen – günstigen Bedingungen wöchentlicher ambulanter Termine ein hohes Rückfallrisiko mit sich bringt. Nach den Kriterien des Regionalbudgets kann der Patient höher frequent ambulant oder teilstationär gesehen werden. Bei akuter Verschlechterung kann durch Steigerung der Medikation oder durch Gabe zusätzlicher Pharmaka schnell reagiert werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Fortführung eines soziotherapeutischen Angebotes, das ebenfalls zur Stabilisierung beitragen kann.

- Chronisch *alkoholkrankte* Patienten zeigen in der heutigen Situation häufig ein besonders verheerendes Drehtürverhalten: Nach akuter Entgiftung und einer von den Krankenkassen favorisierten schnellen Entlassung fallen sie, trotz empfohlener und teilweise auch vereinbarter Kontakte zu Beratungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen, zwischen die Versorgungssysteme, weil sie gerade mit ihrer Selbstwertproblematik die Neuaufnahme von therapeutischen oder betreuenden Kontakten schlecht bewerkstelligen können. Ein beantragtes Rehabilitationsverfahren dauert zu lange und wird wegen oft mehrerer Rückfälle nicht in Anspruch genommen.

Nach den Kriterien des Regionalbudgets kann nach der Entgiftung die vollstationäre Behandlungsmodalität zügig verlassen werden, ohne dass es zum Beziehungsabbruch kommt. Qualifizierte Entzugsbehandlungen sind auch im teilstationären oder höher frequenten ambulanten Setting denkbar.

- Patienten mit *Borderline-Störung* sind durch ihre Erkrankung und

durch das heutige System besonders benachteiligt. Im günstigen Fall entschließen sie sich nach mehrfachen stationären Aufnahmen, i.S. von Interventionen wegen akuter Suizidalität zu einer stationären Therapie.<sup>2</sup> Halten sie das anspruchsvolle Therapieprogramm durch, muss im Anschluss eine ambulante Psychotherapie stattfinden, um die Traumatisierung zu bearbeiten. Die Suche nach ambulanten Therapieplätzen gestaltet sich meistens so dornenvoll und langwierig, dass es häufig trotz eines guten Therapieerfolges des »Dialectical-Behavioral-Therapy-Programms« (DBT) zu stationären Wiederaufnahmen kommt. Nach den Kriterien des Regionalbudgets kann hier weitaus besser und kostengünstiger weiter behandelt werden, sei es zur Überbrückung, bis ein ambulanter Therapieplatz gefunden ist, sei es durch Übernahme der beantragten Psychotherapie durch die Institutsambulanz.

Dem erfahrenen Leser ist klar, dass diese Beispiele relativ einfach sind. Denkt man das Modell durch, so wird man entdecken, dass kompliziertere Fälle, wie sie der psychiatrische Alltag mit sich bringt, erst recht von diesem Modell profitieren können.

### Krisenambulanz/Krisenstation versus normale Ambulanz

Um die Chancen des Regionalbudgets ausnutzen zu können, sollte die Entscheidung, ob überhaupt teil- oder vollstationär aufgenommen wird, so weit wie möglich hinausgeschoben werden. Diese Entscheidung ist aber aus der Sicht des Wohles der Betroffenen durchaus kritisch zu sehen, da eine zu späte Aufnahme Anlass für Katastrophen aller Art sein kann. Deswegen sollte die Entscheidung einem für Krisen im Vorfeld stationärer Aufnahmen hoch kompetenten Team übertragen werden, das aufsuchen aber auch aufgesucht werden kann. Die Münchner Atriumklinik, die sich selbst als »Ambulanzklinik« beschreibt, hat die Bedeutung einer aufsuchenden Krisenambulanz betont. Möglich wird sie durch die Kombination einer normalen Institutsambulanz mit einer Notfallambulanz. Interessant ist dabei, dass mobile Kriseneinsätze umso seltener sein

<sup>2</sup> In Kiel arbeiten wir mit der Dialektisch-Behavioralen-Therapie nach Linehan.

werden, je niedrigschwelliger das voll-/teilstationäre/ambulante Aufnahmeangebot ist (Schleunig, persönliche Mitteilung) [1].

### Fazit

Es ergeben sich vielfältige Möglichkeiten in die verschiedenen Richtungen der Behandlungsmodalitäten. Sie bieten Chancen wie Risiken. Der offensichtliche Vorteil ist der finanzielle, was auch erklärt, warum die Krankenkassen an diesem Modell interessiert sind. Um die Risiken nicht unter den Tisch fallen zu lassen und einer Verschlechterung der Versorgungsbedingungen für die Betroffenen nicht Vorschub zu leisten, muss dieses Modell mit Methoden der Verlaufsforschung und der Gesundheitsökonomie wissenschaftlich begleitet werden.<sup>3</sup> Noch mehr würde uns die Einschätzung der Leser interessieren. Da es sich bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE um Fachleute in jeder Hinsicht handelt, wären meine MitarbeiterInnen und ich an konkreten Rückmeldungen und Einschätzungen interessiert.<sup>4</sup>

### Literatur

1. SCHLEUNIG, G.: Gemeindeintegrierte Krisenintervention – Das Atriumhaus in München. In: (Hg.) Krankenhaus im Wandel. Neue Wege der psychiatrischen Versorgung, Köln 2001

- 3 Ein strukturelles Problem liegt im Ausschluss der niedergelassenen Nervenärzte. Auch wenn die aktuelle Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen für neue Modellkonstruktionen nicht besonders offen zu sein scheint, kann auf die Einbindung der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte auf die Dauer keinesfalls verzichtet werden. Nach unserer Einschätzung ergeben sich nur wenige Überschneidungen, da die für ein Arbeiten nach dem Regionalbudget geeignete Klientel ohnehin nicht zum bevorzugten Arbeitsfeld der niedergelassenen Ärzte gehört.
- 4 Ich danke den Mitarbeitern der »Brücke-Schleswig-Holstein«, des »Kieler-Fensters«, Herrn Buitmann von VDAK, Schleswig-Holstein und Herrn Jürgensen von der AOK, Schleswig-Holstein für anregende Diskussionen, meinen Mitarbeitern für erste Probeläufe in diesem Modell.

## Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Vom Psychiatrischen Zentrum zur Abteilungs- und Sektorversorgung

Martin Bührig

Die 1975 von einer durch die Bundesregierung eingesetzten Sachverständigenkommission vorgelegte Psychiatrie-Enquête<sup>1</sup> forderte die Bundesregierung und die Länder auf, die Struktur in der Versorgung psychisch Kranker umfassend zu reformieren. Sie hatte die unzumutbare Realität der psychiatrischen Versorgung in der BRD dezidiert aufgezeigt und dabei die Situation der in den Langzeitbereichen der psychiatrischen Krankenhäuser untergebrachten chronisch psychisch Kranken (ca. 500.000) als menschenunwürdig und dringend verbesserungswürdig dargestellt.

Die psychiatrische Versorgung war damals von großen psychiatrischen Kliniken bestimmt, die überlastet, überfüllt und personell unterversorgt waren und zudem in einem baulich äußerst schlechten Zustand. Die Versorgung bestand aus einer begrenzten Anzahl niedergelassener Nervenärzte und Psychotherapeuten (bevorzugt in städtischen Regionen). Überdies gab es äußerst unzureichend ausgestattete Pflegeheime und Langzeitabteilungen, so auch in Bremen, das im Kloster Blankenburg über 300 Langzeitpatienten hospitalisiert hatte. Hinzu kam die Städtische Nervenambulanz Bremen (vergleichbar einem Landeskrankenhaus), die ein differenziertes Behandlungsprogramm für unterschiedliche Diagnosen vorhielt und in beengten Verhältnissen die stationäre Behandlung offen gestaltete.

Ende der 70er-Jahre bestand in Bremen der entschiedene politische Wille, die Empfehlungen der Enquête zum Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes aufzunehmen und umzusetzen. So wurde die letztgenannte Nervenambulanz mit anderen somatischen Fächern in das neu erbaute Zentralkrankenhaus Bremen-Ost (ZKH Bremen-Ost) eingegliedert, um die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken voranzutreiben. Anfang der 80er-Jahre hatte dadurch das Zentralkrankenhaus Bremen-Ost noch 1.210

Betten (einschließlich Forensik, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie). Davon waren – wie schon oben erwähnt – 300 Betten für Langzeitpatienten ohne Entlassungsperspektive ausgelagert in der Klinik Blankenburg. Hinzu kam im Stadtgebiet die »Psychiatrische Klinik Dr. Heines«, die über 240 Betten verfügte und neben dem kleineren Teil Allgemeinpsychiatrie mit psychotherapeutischem Schwerpunkt, überwiegend für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen zuständig war. Wegen des hohen Anteils auswärtiger Patienten spielte diese Klinik für die Bremische Versorgung eine untergeordnete Rolle.

Die ärztliche Betreuung im ambulanten Bereich leisteten damals 30 niedergelassene Nervenärzte, von denen 19 eine Kassenzulassung hatten. Es stand also ein Nervenarzt für ca. 30.000 Einwohner zur Verfügung; zudem praktizierte im Stadtgebiet Bremen ein niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater (dem Gesundheitsamt Bremen zugeordnet war die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle der Stadt).

Ende der 70er-Jahre bekam die Psychiatriereform dank des politischen Willens eine hohe Priorität. 1978 wurde ein neues Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) verabschiedet, das die Einrichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes vorschrieb und jedem Bürger einen Rechtsanspruch auf Betreuung durch diesen Dienst zusicherte. 1979/1980 ergab sich dann im Rahmen des Bundesmodellprogramms die Möglichkeit, eine strukturelle Reform herbeizuführen. Der entsprechende Modellantrag (Psychiatrieplan Bremen) formulierte in seinen Zielsetzungen wesentliche strukturelle Vorgaben hinsichtlich eines integrierten kommunalen Versorgungssystems:

- Verbesserung der Koordination und Planung
- Sektorisierung und Gleichverteilung der Dienste auf fünf Stadtbezirke
- Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems und Aufhebung der starren Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
- Ausbau der teilstationären Bereiche
- Verstärkung der Reintegration chronisch kranker Menschen
- Aufbau der komplementären Einrichtungen und Dienste und
- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit

---

1 DEUTSCHER BUNDESTAG: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200, Bonn 1975

Der Reformprozess in Bremen war in dieser Zeit zudem von der Auflösung der ausgelagerten Langzeitklinik Blankenburg geprägt, ein Prozess, der mit dem Aufbau integrierter gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme verknüpft war. Dies machte, vor dem Hintergrund politischer Vorgaben, finanzielle Umschichtungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich notwendig und zwar mit bedarfsorientierter Personalausstattung im Betreuten Wohnen, in Heimen, Tagesstätten sowie im Sozialpsychiatrischen Dienst. Dabei wurden verbindliche Strukturen der regionalen Kooperation und Koordination geschaffen. Insgesamt ein vielschichtiger und äußerst komplizierter Prozess, der zeigt, dass die Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker und geistig mehrfach behinderter Menschen nach langjähriger Hospitalisierung gelingen kann.

Seit 1985 verfügt jede Versorgungsregion (Bremen Nord, West, Mitte, Süd, Ost) neben niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten über folgende Angebote:

- Eine Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpsD) mit Institutsambulanz
- Eine Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion, Beschäftigungsangeboten
- Übergangswohnheime (mit Ausnahme der Region Bremen West)
- Betreute Wohnangebote (Einzel- und Gruppenwohnungen)
- Arbeits- und Beschäftigungsangebote in Werkstätten für Behinderte und Kleinwerkstätten für psychisch Kranke
- Regional zugeordnete Sektorstationen im ZKH Bremen-Ost zur stationären Behandlung

Die stationäre Versorgung im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des ZKH Bremen-Ost gewährleistet eine Behandlung, die ausgerichtet ist an einer »inneren Sektorsierung« (die Stationen sind jeweils einer der fünf Versorgungsregionen zugeordnet). Zudem besteht laut Senatsempfehlung das 1994 eingeführte »Sektorarztprinzip«. Dies bedeutet, dass der jeweils zuständige Oberarzt der regional zugeordneten Stationen gleichzeitig Leiter der jeweiligen Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist.

Weitere Empfehlungen waren die Beteiligung anderer Kostenträger an der ambulanten und komplementären Versorgung. Die Umwandlung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpsD) in einen ärztlich geleiteten Dienst schuf eine neue Grundlage für die Verhand-

lung mit den Kostenträgern, sich an der Finanzierung des SpsD zu beteiligen. 1994 erkannten die Krankenkassen den SpsD u.a. als Institutsambulanz des ZKH Bremen-Ost an.

Neben dem weiteren Ausbau des Versorgungssystems für geistig und mehrfach Behinderte wurden weitere Schwerpunkte genannt, wie die Enthospitalisierung der Psychiatrischen Klinik, die dann 1998 zu einem zweiten Enthospitalisierungsprozess von Bremen-Ost aus führte, der 1998 auch weitgehend abgeschlossen war. Als darüber hinausgehendes Ziel wurde zuletzt die Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung vorgesehen, die den Grundsatz hat, personenbezogene Hilfen vor Ort zu erbringen. Der damit notwendig einhergehende Strukturwandel beschreibt die »gemeindepsychiatrische Bewegung« von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Organisation des psychiatrischen Versorgungssystems und die Schwerpunktverlagerung aus dem vollstationären in den teilstationären/ambulanten Bereich. In Bremen geht dies mit der Regionalisierung stationärer Versorgung durch Binnenregionalisierung des Psychiatrischen Krankenhauses und durch den Aufbau von Behandlungszentren in den vom ZKH Bremen entfernten Stadtbezirken einher.

Die Behandlungszentren sollen langfristig zu Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an den regionalen Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung werden. Sie befinden sich dann in einem bereits heute eng vernetzten Angebot komplementärer Dienste, in den Bereichen Selbstversorgung (insbesondere im Wohnbereich), Arbeit, Tagesgestaltung, Kontaktförderung, das mit den niedergelassenen Ärzten seine Funktionen in stadtteilbezogenen Regionalkonferenzen koordiniert und zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund weiterentwickelt wird.

In Bremen-Nord befindet sich das erste dieser o.g. Zentren im Bau: Ein Behandlungszentrum, das die psychiatrische Pflichtversorgung des Nordteils der Bremer Stadtgemeinde übernehmen wird (voraussichtlicher Beginn 3/2002). Für das Behandlungszentrum sind vorgesehen eine Station mit 20 vollstationären Betten am Allgemeinkrankenhaus Bremen-Nord sowie eine ca. 3 km entfernt gelegene Einheit auf dem Gelände des jetzigen Gesundheitsamtes. Dort werden vorgehalten

- eine Station mit 18 Betten,
- eine Tagesklinik mit 24 Plätzen (davon 14 akuttagesklinisch),

- eine Institutsambulanz sowie
- die Beratungsstelle Nord des SpsD.

Die bislang praktizierte Kopplung der Institutsambulanz des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost mit dem vom Gesundheitsamt unterhaltenen Sozialpsychiatrischen Dienst wird beibehalten und in das Behandlungszentrum integriert. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden somit dem Krankenhaus übertragen. Insgesamt werden dort durchschnittlich Leistungen für 53 voll- und teilstationäre Behandlungen erbracht.

Das Hilfsangebot orientiert sich an den aktuellen Bedürfnissen der KlientInnen. Hierbei steht die persönliche Kontinuität und Begleitung durch zuständige ärztliche und nichtärztliche Bezugspersonen im Vordergrund. Das Hilfesystem ist ausgerichtet auf die akute Krisenintervention vor Ort, auf mittel- und langfristige ambulante Behandlung und Beratung, auf eine teilstationäre Akut- und Rehabilitationsbehandlung, auf die vollstationäre Behandlung in der Außenstation und auf die eher medizinisch ausgerichtete Akutversorgung in der Krankenhausstation.

Zudem werden pro Quartal Leistungen

- für ca. 250 PatientInnen im Rahmen der Institutsambulanz,
- für ca. 25 PatientInnen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation für Suchtkranke und
- für ca. 50 PatientInnen Hilfen ausschließlich im Rahmen des PsychKG erbracht.

Der Arbeitsbereich Behandlung und Koordination bildet den Kernbereich des psychiatrischen Behandlungszentrums. Zu den Aufgaben gehören in erster Linie die persönliche Begleitung der PatientInnen für die Dauer der gesamten Behandlungsepisode und darüber hinaus über die Kontakte des SpsD. Dieser Bereich wird mit ca. 22 MitarbeiterInnen aus den therapeutischen Berufsgruppen gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) besetzt sein und nutzt je nach Erfordernis und Absprache die ergänzenden Bereiche des Behandlungszentrums.

Die Aufgabe der Krisenbegleitung wird 24 Std. täglich von einem ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter wahrgenommen. Vorrangig ist hier die Krisenbegleitung vor Ort mit dem Ziel, vollstationäre Behandlungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Ebenso

wie der Arbeitsbereich Behandlung und Koordination kann der Bereich Krisenbegleitung die ergänzenden Bereiche für die Krisenbehandlung mitnutzen (insbesondere den tagesklinischen Bereich).

Die Station am Behandlungszentrum wird rund um die Uhr als vollstationäre Einheit geführt. Sie ist unterteilt in drei kleinere Behandlungseinheiten für ca. sechs bis acht PatientInnen, wovon eine Einheit so gestaltet werden soll, dass sie einen gewissen Schutzraum besonders in akuten Krisen bietet. Hilfreich hierbei ist die Einbeziehung von Wirkfaktoren der Soteria, z.B. Rückzugsraum (weiches Zimmer), Wohnküche u.Ä. Die beiden anderen Gruppen sollen näher an den tagestherapeutischen Einheiten des Behandlungszentrums liegen und bei Bedarf als »Belegbetten« des Behandlungs- und Koordinationsteams dienen. Das therapeutische Konzept dieses Bereichs hat dementsprechend einen milieutherapeutischen Schwerpunkt, gewissermaßen einen therapeutischen Schutzraum, aus dem heraus die PatientInnen an den therapeutischen Aktivitäten der anderen Bereiche teilnehmen können.

Was die Tagestherapie betrifft, so bietet dieser Bereich vorrangig ergotherapeutische und bewegungstherapeutische Gruppenangebote zur Rehabilitation an sowie andere Trainingsangebote zur Organisation des Alltags, darüber hinaus bietet sie eine schützende Begleitung durch den Tag an.

Die Krankenhausstation am ZKH Bremen-Nord übernimmt die vollstationäre Versorgung der PatientInnen, die den medizinischen Apparat eines »Großkrankenhauses« in direkter Nähe benötigen. Hierzu gehören psychisch Kranke und Suchtkranke mit vitaler Gefährdung sowie äußerst pflegeintensive PatientInnen mit einem ausgesprochenen Sicherheitsbedarf. Diese PatientInnen sollen möglichst frühzeitig in das Behandlungsangebot der anderen Bereiche aufgenommen werden. Zu diesem Zweck besteht ein Shuttle-Service.

Insgesamt lassen sich mit der Konzipierung und Durchführung der vorgehaltenen Organisationsformen wesentliche Vorteile erzielen:

- Verlegungen und die damit verbundenen Beziehungsabbrüche und Informationsverluste werden weitgehend vermieden.
- Therapieangebote können flexibler und individueller bereitgestellt werden.
- Der Zugang insbesondere bei Verschlimmerung im Verlauf und bei Wiedererkrankungen wird niederschwellig gehalten, was u.E. nicht zu unterschätzende präventive Auswirkungen haben dürfte.

## Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH) – ein Beispiel personenzentrierter Organisation psychiatrischer Akutversorgung

Artur Diethelm

Während meine Kollegen Ihnen ausgefeilte theoretische Konzepte referierten, kann ich lediglich von den praktischen Erfahrungen berichten, die wir seit zwei Jahren gesammelt haben.

### Geschichte

Der Bamberger Hof als Psychiatrische Klinik konnte in diesem Jahr erst sein 25-jähriges Jubiläum feiern, während die Geschichte des Bamberger Hofes als »Dienstleistungsunternehmen«, nämlich als Gaststätte und Hotel, auf 250 Jahre zurückblicken kann.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen als Träger hatte mit der Klinik Bamberger Hof, als Außenstelle des Waldkrankenhauses Köppern, 1976 ein Satellitenmodell installiert, in dem bundesweit erstmals vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote vorgesehen waren. Das Ziel der Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker und der Rekommunalisierung vorher gemeindefern behandelter Patienten haben wir für Frankfurter Bürger erreicht und die Integration in das Frankfurter Gemeindepsychiatrische Verbundsystem erfolgreich hergestellt. Nach unserem Vorbild wurden hessenweit zahlreiche Außenstellen aufgebaut, die zum Teil inzwischen schon selbstständige Einrichtungen mit regionalen Pflichtversorgungsaufträgen geworden sind.

### Aufbau

Bis Ende 1999 bestand die Klinik aus zwei offenen Stationen mit je 20 Betten, aus teilstationären Behandlungseinheiten mit 15 Plätzen Tagesklinik und 15 Betten Nachtambulanz, aus einer seit 1991 betriebenen Institutsambulanz mit 700 Patienten im Quartal, seit 1994 aus dem ärztlichen Teil des Psychosozialen Krisendienstes für die Stadt Frankfurt und aus dem seit 1998 bestehenden Projekt »Auryn« als Beratungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern.

Bei der Neuverteilung der Zuständigkeiten für die vier Standard-

## Ambulante psychiatrische Akutversorgung zu Hause (APAH)

versorgungsgebiete in Frankfurt ging die Klinik Bamberger Hof, nach dem Rückzug des Landeswohlfahrtsverbandes aus der Versorgung, zunächst leer aus und sollte, nach sechs Jahren Diskussion, zum Ende des Jahres 1999 geschlossen werden.

Nach intensivem Kampf um den Erhalt der sozialpsychiatrischen Kompetenz des Teams der Klinik für die Versorgung der Frankfurter Bevölkerung, in dem sich Patienten, Angehörige, Mitarbeiter aller im Bereich der Psychiatrie tätigen Institutionen in Frankfurt, niedergelassene Kollegen und Psychiatrische Kliniken einig waren, erhielten wir im November 1999, zwei Monate vor der geplanten Schließung, einen Verlängerungs-Pflichtversorgungsbescheid für weitere drei Jahre, bis Ende 2002.

Wir selbst planten ursprünglich, nur eine vollstationäre Station aufzulösen und das Budget minus Hotelanteil in mobile multiprofessionelle Teams umzusetzen, die stationäre Behandlungen durch Hausbesuche im Sinne des Home treatment ersetzen sollten.

### Struktur

Seit Januar 2000 besteht die Klinik aus einer Tagesklinik mit 25 Plätzen als 7-Tage-Angebot, aus einer Nachtambulanz mit 15 Betten, inklusiv Kriseninterventionsmöglichkeit bis zu sieben Tagen, aus der Institutsambulanz mit Schwerpunkten in der Versorgung von Migranten und Menschen ohne festen Wohnsitz, aus dem ärztlichen Teil des Psychosozialen Krisendienstes und dem Projekt APAH, aber völlig ohne vollstationäre Betten.

### Funktion

Wir komplettieren die Versorgung durch die vier Sektorkliniken (eine außerhalb der Stadt) in den vier Standardversorgungsgebieten Frankfurts patienten- und bedarfsgerecht. Gemeindepsychiatrisch orientiert galt für uns von Beginn an »ambulante vor teilstationärer vor stationärer Behandlung«. Mit dem Schritt weg von den institutionsbezogenen Hilfen, hin zu lebensumfeld- und personenbezogener multiprofessioneller Komplexleistung, vollziehen wir den nächsten Paradigmenwechsel.

Trotz der Patienten, Angehörige und Mitarbeiter verunsichernden Situation der drohenden Klinikschließung, haben wir das Kon-

zept für die Akutbehandlung im gewohnten häuslichen Lebensumfeld entwickelt und in zähen Verhandlungen mit den Krankenkassen durchsetzen können. Dabei war unser Ziel, die Patientenversorgung qualitativ zu optimieren, während die Kassen vorwiegend quantitative Einsparungspotenziale im Blick hatten. Wir sind, bildlich gesprochen, vom »Abwicklungsfall in der Hinrichtungszelle« zum zukunftsweisenden innovativen Projekt geworden.

Vor der praktischen Umsetzung hatten wir durch Besuche und Hospitationen die Versorgungspraxis in der Frankfurter Partnerstadt Birmingham studiert, in der weitestgehend Psychiatrie ohne stationäre Betten betrieben wird.

### Konzept

Wir wollen mit multiprofessionellen Teams von Fachärzten, Fachpflegepersonal und Sozialdienst, ergänzt durch Schreibkräfte und Verwaltung, von Montag bis Sonntag, von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr, vorwiegend durch Hausbesuche (von durchschnittlich 1½ Stunden inklusive Fahrzeit) andernfalls indizierte stationäre Krankenhausbehandlungen ersetzen. Von Montag bis Sonntag, von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr, halten wir einen fachärztlichen und fachpflegerischen Bereitschaftsdienst bereit.

Die mobilen Teams erbringen diagnostische und therapeutische Leistungen, wie sie sonst im stationären Krankenhausrahmen durchgeführt werden. Die fachärztliche Behandlung umfasst die übliche Diagnostik, tägliche psychotherapeutische und/oder stützende pragmatische Gespräche, medikamentöse Behandlung, Angehörigenberatung und Psychoedukation. Die fachpflegerische Behandlung setzt spezifische Schwerpunkte im Training der Aktivitäten des täglichen Lebens. Patienten im Projekt können an den gesprächs-psychotherapeutischen, ergotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Gruppenangeboten der Klinik teilnehmen. Die Behandlungsdauer beträgt zwischen 3 und 30 Kalendertagen, wobei Unterbrechungen durch stationäre oder teilstationäre Behandlungen ebenfalls bis zu 30 Kalendertagen möglich sind (dadurch Differenz zwischen Brutto- und Nettobehandlungsdauer). Hausbesuche finden täglich statt, also auch an Wochenenden und Feiertagen. Aufnahmen und Entlassungen erfolgen an allen Tagen der Woche. Die Abrechnung erfolgt durch eine Vergütungspauschale nach Paragraf 120 SGBV.

### Leistungszahlen

Pro Monat wurde eine Fallzahl von 20 Aufnahmen vereinbart, das heißt 240 Patienten geplant pro Kalenderjahr. Die Aufnahme in die Behandlung im Projekt erfolgt, auf der Grundlage einer spezifizierten Verordnung von Krankenhausbehandlung, durch niedergelassene Ärzte bzw. Institutsambulanzen oder durch Verlegung aus Krankenhäusern bzw. Abteilungen. Verlängerungen und Wiederaufnahmen sind möglich. Allerdings wird von uns die Indikation dafür streng gehandhabt.

### Zielgruppen

An welche Patienten hatten wir gedacht? Für welche Menschen in welchen Situationen erschien uns in der Konzeptualisierung die Indikation spezifisch gegeben? Für Patienten, die bisher *unterversorgt* bzw. *nicht versorgt* waren, d.h. Menschen ohne Hausarzt, ohne Facharzt, ohne Psychotherapeuten, Familien, die bei Ersterkrankungen nicht wissen, an wen sie sich für die Erstbehandlung überhaupt wenden sollen.

Das sind etwa Patienten, die vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt (der keine Behandlungserlaubnis hat) zu uns überwiesen werden: Menschen, die sich abgeschottet haben; der Briefkasten läuft über, das Telefon ist abgestellt, der Strom inzwischen auch schon, auch die Klingel funktioniert nicht mehr, »können Sie da nicht einen Zugang zur Behandlung dieser defizitär Versorgten finden?«.

Patienten mit Problemen im stationären Behandlungsrahmen, die sich an dem *Setting* der Station und des Krankenhauses stoßen, die für sich nicht akzeptieren wollen oder können, sich Hausordnungen zu unterwerfen oder sich an fremdbestimmte Regeln zu halten (»Warum darf ich nicht im Schlafrum rauchen?« »Warum habe ich nur stundenweise Ausgang?« »Wieso darf ich nur für eine Nacht nach Hause?«).

Menschen, die selbst oder deren Familien *Angst* vor der Psychiatrie haben, für die die Aufnahme in ein Krankenhaus eine zu hohe Hemmschwelle darstellt (»In diese Schlangengrube Psychiatrie gehe ich nicht. Einmal hinein und nie wieder hinaus«).

Menschen mit *Verpflichtungen im familiären Umfeld*, vor allem Mütter, die wegen der Versorgung ihrer Kinder nicht in stationäre

Behandlung können oder wollen oder Patienten, die pflegebedürftige demenzkranke Angehörige nicht alleine lassen wollen.

Menschen unter *besonderen kulturellen Bedingungen*, vor allem Migranten, die ihre erkrankten Angehörigen unbedingt im familiären Umfeld halten wollen (türkische Väter, die sich weigern, ihre Töchter in ein öffentliches Krankenhaus zur Behandlung zu schicken).

Die große Gruppe der uns lange und gut bekannten *chronisch psychisch Kranken*, die immer wieder akut exacerbieren und zu denen bereits langjährige therapeutische Beziehungen bestanden, die weder über den Umweg der geschlossenen Station zu uns in stationäre Behandlung kommen wollten noch den stationären Rahmen als Bedingung bei einer nächsten Exacerbation für zwingend notwendig hielten.

### Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien für die Aufnahme sind so genannte psychosoziale Krisen, für die keine stationäre Behandlung indiziert ist und Patienten, bei denen das Herausnehmen aus der möglicherweise pathogenen familiären Konfliktsituation für Betroffene und Angehörige zeitweilig angezeigt ist.

### Kontraindikationen

Als Kontraindikationen sahen wir erhebliche Eigengefährdung oder Fremdgefährdung an, also Situationen, bei denen die zwangsweise Unterbringung bzw. Behandlung notwendig wird und Intoxikationen und andere Notfälle, die auf somatischen Stationen behandelt werden müssen. Obwohl wir vorher eine Sozialpsychiatrische Abteilung im Sinne der Allgemeinpsychiatrie waren, haben wir zunehmend im Projekt auch gerontopsychiatrische Patienten und Patienten mit Suchterkrankungen aufgenommen.

### Arbeitsinhalte

Bei den Inhalten der Arbeit ist es zunächst, wie bei stationären Behandlungen auch, wichtig, Kontakt aufzunehmen, Kommunikation zu ermöglichen und eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Vor Ort in der häuslichen Umgebung ist es aber zusätzlich weitaus besser möglich, das Umfeld kennen zu lernen, Ressourcen festzustellen und einen »Runden Tisch« aller Beteiligten zu installieren. Dem Patienten ist es leichter möglich in Kooperation zu treten, Anleitungen zur Selbstversorgung aufzunehmen und seine soziale Kompetenz wieder zu erweitern. So können täglich Zielvereinbarungen verhandelt und getroffen werden, deren Umsetzungsmöglichkeiten jeweils in der Alltagsrealität überprüft werden.

### Besonderheiten

Welche Besonderheiten in der Behandlung müssen bei dieser neuen Behandlungsform beachtet werden? Die Mitarbeiter des Projektes müssen die Probleme des *Zeitmanagements* strukturiert lösen. Reihenfolge, Frequenz und Dauer der Hausbesuche müssen täglich aktualisiert, untereinander und mit den Patienten abgesprochen werden. Notfallversorgungen und Kriseninterventionen müssen eingeschoben werden, unter ständiger Berücksichtigung der Straßenverkehrssituation. Die Hausbesuche erfolgen, zumindest in den ersten beiden Wochen der Behandlung im Projekt, standardisiert im multiprofessionellen Zweierteam.

Wie können wir die therapeutische *Beziehungskontinuität* herstellen und gewährleisten, sodass möglichst immer dieselben, zunehmend vertrauten Therapeutenteams kommen? Nicht, dass Patienten sagen, »jetzt habe ich schon zehn Mitarbeiter kennen gelernt, gibt es noch mehr oder war das die ganze Mannschaft?«. Andererseits müssen wir auch in Hinblick auf Schichtdienst und Ausfallzeiten durch Urlaub und Fortbildung darauf hinweisen, dass nicht permanent der eine Wunschtherapeut 30 Tage lang hintereinander erscheinen kann.

Wie können wir mit der *Nähe und Distanz-Problematik* umgehen? Einerseits gibt es Patienten, die zunächst nicht die Tür öffnen und denen Kassiber anfangs durch die Türritze geschoben werden, bis sie die Tür einen Spalt öffnen und der Therapeut dann am vier-

ten Tage sagen kann, »heute hat er die Tür richtig aufgemacht und ich habe ihn »ganz« gesehen«. Andererseits die freundliche Einladung, »kommen Sie und setzen Sie sich doch zu mir aufs Bett«, abzulehnen, weil das zu intim wäre oder weil man wegen des verfleckten Bettes selbst mehr Abstand halten will.

Wie gehen wir mit dem umgekehrten *Hausrecht* um? In der Klinik sind wir die »Herren« der Klinik, die Hausordnungen erlassen und Regeln verfassen und wir können auf unserem Hausrecht bestehen. Aber zu Hause ist es für den Patienten ein permanentes »Heimspiel«. Erstmals zu erleben, dass der Patient hinter Ihnen die Tür abschließt und meint, so fühle er sich sicherer, während Sie überlegen, komme ich hier auch heil wieder heraus, das ist für vorher nur stationär tätig gewesene Mitarbeiter eine grundlegend neue Erfahrung.

Wie gehen wir mit der *Aggression* um? Etwa, wenn Patienten, mit Eisenstangen und Messern bewaffnet, misstrauisch das Eintreten der vermeintlichen Verbündeten ihrer Verfolger erwarten und wir deeskalierend erst Vertrauen herstellen müssen.

Insgesamt steht *vor dem Behandeln immer das Verhandeln*, so wird die Compliance der Patienten entscheidend verbessert, da sie mitentscheidend in jede Vereinbarung einbezogen sind. »Wir wollen morgen früh um 9.30 Uhr zu Ihnen kommen.« »Nein, da bin ich beim Frisör, mir passt es erst eine Stunde später.« Und wir müssen wiederum unsere Hausbesuchsreihenfolge umstellen. Aber so erreichen wir täglich aktualisiert verhandelte Vereinbarungen im Sinne der individuell bedarfsgerechten, personenzentrierten Behandlungs- und Rehabilitationspläne. Ziel ist, diese auch anschließend über einen Runden Tisch in der ambulanten Weiterbehandlung fortzuführen.

Wie können wir mit den Problemen der *Mitarbeiterentwicklung* umgehen? Der Arbeitsplatz wird umverlagert und als behandelnder »Gast« sind wir darauf angewiesen, dass uns auch täglich wieder geöffnet wird. Dafür erweitert sich aber der diagnostische Blick, der die Lebenssituation direkt mit erfassen kann. Auch die familiäre Interaktion kann unmittelbar beobachtet und thematisiert werden und die zugewiesenen Rollen oder Übertragungsbeziehungen reflektiert werden.

Die therapeutischen Teams verbringen mehrere Stunden täglich miteinander, fahren gemeinsam von einem Hausbesuch zum nächs-

ten. So ist die Fahrt jeweils schon kurze Vor- bzw. Nachbesprechung. Bei vielen Fachärzten und vielen Fachpflegemitarbeitern muss jeder mit jedem (Zweier-)Team kooperieren können. Man muss sich schon gegenseitig »riechen« können. Das Projekt erfordert von den Mitarbeitern Eigenverantwortung, Einsatzbereitschaft, Flexibilität, Kreativität und Organisationstalent.

Wer den gewohnten klinischen Rahmen verlässt, dessen Setting den Mitarbeitern hohe äußere Sicherheit verleiht, der muss ein entsprechendes Maß an innerer Sicherheit mit sich führen, um sich auf jeweils neue Behandlungssituationen, vom Kaffeetrinken bis zum Zwangseinweisen, von der Generalkonsulsvilla bis zur seuchenhygienisch gefährdeten verwahten Absteige, in einer Behandlungsschicht einzustellen.

## Organisation

Um die Probleme der *Logistik* zu lösen, ist ein Telefondienst für das Projekt notwendig. In der Projektzentrale haben wir eine große Magnettafel für die Wochenplanung, in der die aktuellen Patienten, die zuständigen Therapeuten und die täglich aktualisierten Hausbesuchstermine aufgeführt sind.

Für die Fahrtenplanung dient ein großer Stadtplan (Vergleich Taxi-Zentrale), auf dem die Adresse jedes Patienten gekennzeichnet ist, um möglichst effektive Besuchsreihenfolgen zu erreichen, bei denen möglichst wenig Zeit für die Fahrtwege verbraucht wird. Monatsdienstpläne für Ärzte und Pflegepersonal ermöglichen die koordinierte Einsatzplanung. Die Dokumentation findet in einem multiprofessionell genutzten Dokumentationssystem statt. Für die Fahrten stehen zwei PKW und zwei Verkehrsverbundsmontatskarten zur Verfügung. Die Kommunikation untereinander wird durch Handys gewährleistet. Leider haben die Krankenkassen keine Personal-kostenanteile für Leitung und Koordination akzeptiert. Auch der Vernetzungsaufwand im Sinne des Casemanagements wurde nicht einkalkuliert, genauso wenig wie Zeitanteile für Information und Öffentlichkeitsarbeit. Die aufgewendete Zeit für Patienten, die weder in das Projekt aufgenommen noch über die Institutsambulanz abgerechnet werden können, ist auch nicht erstattungsfähig.

### Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung war im Konzept vorgesehen und wurde von der Klinik dringend gefordert. Da sich aber weder das Land Hessen noch die Stadt Frankfurt, geschweige die Krankenkassen, an den Kosten beteiligen wollten, konnte sie bisher nicht durchgeführt werden. Sowohl die Arbeitsaufgaben der Implementationsphase als auch Dokumentation und statistische Aufarbeitung mussten deshalb von den Projektmitarbeitern alleine geleistet werden.

Wir haben mit der praktischen Arbeit am 01.03.2000 begonnen. So kann ich die bisherige *Statistik bis* zum 30.11.2001, also der ersten 1 3/4 Jahre vorstellen. Wir haben die Indikationsstellung für die Projektbehandlung streng gehandhabt. Jeder sechste Patient wurde von den Krankenkassen bereits am Aufnahmetag an den MDK zur Überprüfung verwiesen. Die Aufnahmenotwendigkeit wurde ohne Ausnahme vom MDK bestätigt, sodass die »Fehlbelegung« in Bezug auf die Indikationsstellung 0 beträgt.

STATISTIK : Projekt APAH Stand 01.03.2000–30.11.2001 (1 ¼ Jahre)	
Anmeldungen	475
Aufnahmen	365

Abb. 1: Indikationsstellung

Die Hälfte der Projektpatienten war uns durch frühere stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung bekannt, sodass wir, bei den meist chronisch Kranken, auf den bestehenden therapeutischen Beziehungen aufbauen konnten.

In Klinik Bamberger Hof bekannt	180	49 %
---------------------------------	-----	------

Abb. 2: Anteil der bekannten Patienten

Frauen	235	64 %
Männer	130	36 %

Abb. 3: Geschlechtsverteilung

Die Patientinnen waren oft selbst initiativ in Richtung Behandlung im Projekt, um ihre Lebensqualität in der eigenen Wohnung nicht durch eine stationäre Behandlung aufgeben zu müssen, und empfingen uns oft in einem wirklichen »zu Hause«, manchmal am extra gedeckten Kaffeetisch. Bei den Patienten waren oft schon alle anderen Behandlungsformen fehlgeschlagen, sodass die Projektbehandlung den »letzten Versuch« darstellte, in verwahrlosten Notquartieren mit Krankheit und Alltag besser umzugehen.

Der Anteil von Migranten entspricht in etwa dem Anteil an der Frankfurter Bevölkerung. Deshalb spricht diese Quote für eine hohe Akzeptanz, da sonst psychiatrische Dienste nicht so gut angenommen werden. In der Klinik arbeiten ein türkischer Facharzt, zwei italienische Fachärzte, eine griechische Psychologin, sodass wir einen Schwerpunkt in dem Angebot muttersprachlicher Therapien haben und die Kollegen ihre Patienten auch kontinuierlich in der Institutsambulanz weiter behandeln können.

Anteil Migranten	104	29 %
------------------	-----	------

Abb. 4: Anteil der Migranten

Da wir vorher keine gerontopsychiatrischen Patienten behandelt haben, zeigt der Anteil der über 60-Jährigen die zunehmende Indikation auch im höheren Lebensalter. Besonders gesetzliche Betreuer drängen darauf, ihre Klienten so lange wie möglich in der vertrauten eigenen Wohnung behandeln lassen zu können (vgl. Abb. 5).

Wir hatten eine Stammklientel von Patienten mit psychotischen Störungen, deren Anteil beträgt im Projekt fast 80 %. Das zeigt, wir suchen uns nicht (pflege-)leichte Patienten heraus, sondern es handelt sich um schwer kranke Patienten, die bei akuten Exacerbationen sonst stationärer Behandlung bedurft hätten (vgl. Abb. 6).

Der hohe Prozentanteil der Zuweisungen durch niedergelassene

Altersverteilung gesamt 365		
n	%	
< 20	3	1
21-30	53	15
31-40	111	30
41-50	85	23
51-60	48	13
61-70	44	12
71-80	18	5
> 80	31	1

Abb. 5: Altersverteilung

Diagnosen		insgesamt 365	
ICD-10		N	%
F20	Schizophrene Störungen	176	48
F25	Schizoaffektive Störungen	35	10
F30, 31	Manische und bipolare affektive Störungen	18	5
F32, 33	Depressive Störungen	50	14
F34	anhaltende affektive Störungen	5	1
		284	78
F41, 45	Angststörungen und somatoforme Störungen	29	8
F60	Persönlichkeitsstörungen	38	10
F00-06	Hirnorganische Störungen	14	4

Abb. 6: Diagnosen

(Fach-)Ärzte spricht für die Akzeptanz der Klinik durch die Kollegen und für die vertrauensvolle Kooperation. Hinter den Aufnahmezahlen über den Sozialpsychiatrischen Dienst stehen mindestens ebenso viele Anmeldungen, die bei uns entweder ambulant behandelt werden konnten oder stationär eingewiesen werden mussten. Auch die Sektorkliniken haben die Möglichkeit zur Vermittlung von (besonders problematischen) Patienten in das Projekt genutzt. Zunehmend melden sich Patienten direkt, Angehörige oder gesetzliche Betreuer, die von dem neuen Angebot, das weitgehend ihren Forderungen nach neuen Behandlungsformen entgegenkommt, Gebrauch machen wollen. Die Patienten kommen gleichmäßig ver-

teilt aus den vier Sektoren der Stadt, mit einer Betonung des Sektors Süd, in dem die Klinik liegt. Die »Fremdbelegung« liegt unter 1%, da die Krankenkassen nur Frankfurter Bürgern die Aufnahme erlauben, selbst wenn Patienten aus der Region Rhein-Main schon vorher bei uns behandelt wurden oder auch neu Anfragende verkehrstechnisch günstig zu erreichen wären.

Zuweisungen	gesamt 365	
	N	%
Niedergelassene Ärzte	59	17
Sozialpsychiatrischer Dienst	20	5
<hr/>		
Krankenhäuser	71	19
Institutsambulanz	124	34
Gesetzliche Betreuer	27	7
Komplementäre Einrichtungen	24	7
Angehörige	18	5
Patienten selbst	22	6
		<hr/>
	365	100

Abb. 7: Zuweisungen

### Was wir nicht sind

Die Behandlung im Projekt ist *weder Allheilmittel noch Alleinheilmittel*. Wir erreichen mit diesem neuen Angebot einen Teil der bisher stationär behandelten Patienten (etwa 25 %) und einen zusätzlichen Anteil psychiatrisch bisher nicht oder unterversorgter Patienten. Wir sind aber nicht das Lösungsmodell für sämtliche Problemfälle und machen auch das Psychiatrische Krankenhaus mit seinem stationären Bettenangebot nicht überflüssig. Ohne anschließende integrierte ambulante Behandlung, die ärztliche und nichtärztliche Behandler und Betreuer zusammen erbringen, würden auch therapeutische Fortschritte des Projektes wieder zunichte.

Behandlung im Projekt ist *weder Einmalheilmittel noch Dauerheilmittel*. Wir können weder magische Wunderheilungen vollziehen noch die Einsparungswünsche der Krankenkassen garantiert umsetzen noch nach einmaliger Behandlung im Projekt, lebenslängli-

che Rezidivprophylaxe garantieren, sodass zukünftig stationäre Behandlungen nie mehr notwendig würden.

Die Behandlungsteams können *weder 24 Stunden* rund um die Uhr eine handhaltende stützende Dauerbeziehung leisten, *geschweige* denn die manchmal erhoffte *lebenslanglich begleitende Behandlung* im Sinne des realen Partnerersatzes darstellen.

Die Behandlungsteams sind *nicht* die von Vermietern oder Nachbarn erwünschte und zitierbare *Eingreiftruppe* zur Ruhigstellung von Störern und können für die Stadt Frankfurt auch *nicht Telefonseelsorge-, Notarzt-, Feuerwehr- und Polizei-Ersatz* leisten.

Aus unserem Verständnis ist die Behandlung im Projekt nicht das Trojanische Pferd für DRG in der Psychiatrie und auch nicht das U-Boot der Krankenkassen für Benchmarking für Dumping-Pflegesätze. Das Projekt ist auch nicht der Billiganbieter, der Investitionen im Krankenhausbereich überflüssig werden lässt, und auch nicht der kostendämpfende psychotherapeutische 4-Wochen-Marathon, um Langzeitpsychotherapien zu verhindern.

### Was wir sind

Die »Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause« ist eine personenzentrierte und lebensumfeld-integrierte Behandlungsform.

- Sie erspart in der Zusammenarbeit mit psychisch Kranken viele überflüssige Settingdiskussionen um stationäre Regeln.
- Sie senkt Schwellenängste vor psychiatrischer Behandlung und damit vor der Psychiatrie insgesamt.
- Sie ermöglicht psychisch Kranken angemessene Behandlung bei Einhaltung von familiären Verpflichtungen.
- Sie integriert Migranten in das Gemeindepsychiatrische Versorgungssystem.
- Sie informiert Patienten, Angehörige, Niedergelassene, Krankenhausärzte und Mitarbeiter anderer Institutionen über das differenzierte Behandlungsspektrum der Psychiatrie.
- Sie erweitert die Differenzialindikation für die jeweils der aktuellen Situation angemessene Behandlungsform.
- Sie ermöglicht Patienten und Angehörigen mehr Lebensqualität und psychiatrisch Tätigen mehr Arbeitsqualität.

### Was wir brauchten

Wir brauchten für die Erstellung des Konzeptes, aber besonders für die Umsetzung in die Praxis, trotz der eigenen existenziellen (Arbeitsplatz)-Verunsicherung, motivierte Mitarbeiter, die sich mit ihrer gemeindepsychiatrischen Versorgungsaufgabe stark identifizierten. Um reformerische »Visionen« (die Oberbürgermeisterin empfiehlt »Visionären« zum Arzt zu gehen, aber wohin sollen dann die Ärzte selbst gehen?) lebendige Wirklichkeit werden zu lassen, mussten wir nicht nur eigene freche Widerstandskraft und freundliche Beharrlichkeit aufbieten, sondern auch engagierte Koalitionspartner und innovationsinteressierte Verhandlungspartner auf allen Seiten finden. Um alle Schwierigkeiten zu überwinden, Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Mitarbeiter anderer Einrichtungen zu gemeinsamen Aktionen und Demonstrationen zusammenzuschweißen, bedurfte es vielleicht auch eines Funkens Verrücktheit.

### Was Sie brauchen

Wenn Sie neue Behandlungsformen oder Modelle aus der theoretischen Konzeption in eigene Praxis überführen wollen, ist für Sie als Nachfolger ein Pflichtversorgungsbescheid von unschätzbarem Wert, denn damit haben Sie Betten als Verhandlungsunterpfand und stehen nicht unter Zeitdruck und Geldnot. Mit Verhandlungsgeschick und dem eigenen Funken Verrücktheit werden Sie Lösungen finden, die auf Ihre Situation maßgeschneidert sind.

### Wünsche

Meine Damen und Herren, wenn jeder Teilnehmer dieses Symposiums und besonders dieser Arbeitsgruppe am Ende Wünsche äußern durfte, so hoffe ich, für Sie und uns, dass wir auch nach 2003, bei zukünftigen Tagungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE, gemeinsam auf viele regional modifizierte Akutbehandlungsprojekte blicken können und die Klinik Bamberger Hof mit einem dann unbefristeten Pflichtversorgungsbescheid einen weiteren Reformschritt für die deutsche Psychiatrie angestoßen hat.

## Flexibilisierte Behandlungssettings ambulant – teilstationär – stationär, am Beispiel der Behandlung Suchtkranker

### Das Marburger Modell: Setting übergreifende Akutbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen

Hans Diabal

Die Suchtvereinbarung von 1978, eine Verwaltungsabsprache zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern, reduzierte die Akutbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auf eine (körperliche) Entgiftung [2]. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) von 1990 konstatierte daher für Suchtkranke einen Nachholbedarf in der Akutbehandlung und führte deshalb parallel zur Allgemein- und Gerontopsychiatrie sechs entsprechende Behandlungsbereiche für eine differenzierte gemeindepsychiatrische Versorgung Suchtkranker ein. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger hielten aber unverändert an der künstlichen Aufteilung der Behandlung [1] in »Entgiftung« und »Entwöhnung« fest, was sich in der novellierten Verwaltungsabsprache zwischen Krankenkassen und Rentenversicherern vom Mai 2001 zeigt.

Dieses Festhalten an der Dichotomie von Entgiftung und Entwöhnung, bei gleichzeitiger Verkürzung der Behandlungszeiten, führte nicht nur zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes vieler Suchtkranker mit gestiegenen Folgekosten [6], zu häufigen Überprüfungen von Krankenhausbehandlungen, zu einem inflationär zunehmenden Aufwand für Kostenübernahmebeantragungen und Dokumentationen, zu Fehlbelegungsüberprüfungen und Sozialgerichtsverfahren, sondern es behinderte auch die kreative Weiterentwicklung der Suchtbehandlung [12].

Trotzdem hat sich im Bereich der stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen eine zunehmende Differenzierung entwickelt, die durch die Eröffnung von Spezialstationen, entsprechend den Kategorien der

Psych-PV, gekennzeichnet war. Das Phänomen der Häufung von Behandlungsabbrüchen auf Grund von Diskontinuitäten, an den Schnittstellen [9] zwischen verschiedenen Anbietern (Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Fachkliniken, Nachsorgeeinrichtungen, Methadon-Ambulanzen, niedergelassene Ärzte, Psychiatrische Krankenhäuser etc.), konnte damit auch innerhalb des Psychiatrischen Krankenhauses bei einem Wechsel der Station oder des Behandlungssettings wirksam werden. Damit entspricht diese Form der Spezialisierung einer stationszentrierten Sichtweise: Die Station identifiziert sich mit dem zugewiesenen Auftrag. Dies kann zu einer Ergebnisoptimierung gemäß diesem Auftrag führen, dies kann aber auch zu einer Patientenselektion führen. Die Vorteile dieser Behandlungsorganisation liegen auf der Hand: Routineabläufe erleichtern die Arbeit, erfordern weniger Kompetenz der Mitarbeiter, erleichtern die Transparenz der Arbeitsabläufe und eine gute Kommunikation der Berufsgruppen.

Die Suchtkrankenbehandlung in Marburg folgt demgegenüber einer mehr patientenorientierten Sicht- und Handlungsweise. Dies bedeutet zunächst einmal Akzeptanz des Patienten durch die Behandler, statt Selektion entsprechend eines Stationsauftrages. Dies bedeutet weiterhin eine individuelle Behandlung und kein »Absolvieren von Therapieprogrammen«; dies wiederum erfordert eine hohe fachliche und persönliche Kompetenz der Therapeuten und eine gewissenhafte Abstimmung der Therapieziele unter den verschiedenen Berufsgruppen. Das Ziel ist eine Behandlungskontinuität anstatt eines »Weiterschickens« des Patienten.

Bevor die Praxis der Suchtkrankenbehandlung in Marburg dargestellt wird, sollen zum besseren Verständnis kurz die theoretischen und empirischen Eckpfeiler dieser Behandlung genannt werden. Das Verständnis von Sucht als einer »sozialen Krankheit« verlangt nach einer differenzierten gemeindenahen Behandlung [8]. Die Etikettierung von Sucht als einer sozialen Krankheit negiert nicht die psychischen und neurobiologischen Bedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen, aber diese Ausgangsbedingungen werden erst in der Interaktion mit dem sozialen Umfeld spezifisch wirksam. Die sozialen Wechselwirkungen und Folgen, vor allem in den Bereichen Familie/Partnerschaft, Freunde/Bekannte und Arbeitswelt, sind evident.

Therapie wird als Ingangsetzen und Aufrechterhalten eines Ver-

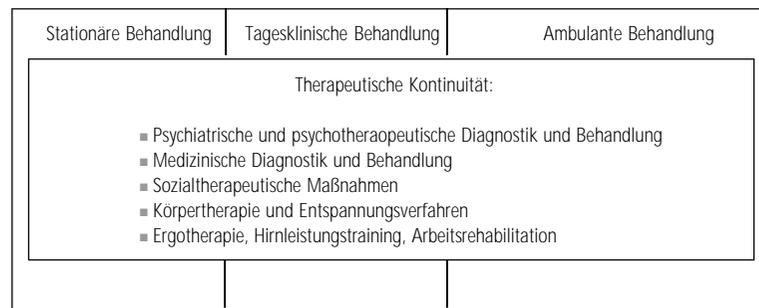


Abb. 1: Therapeutische Kontinuität über verschiedene Behandlungssettings

änderungsprozesses begriffen, der verschiedene Stadien durchläuft und unterschiedliche Interventionen zu unterschiedlichen Zeiten erfordert. Das Verständnis dieses Veränderungsprozesses orientiert sich an dem Modell von Prochaska und DiClemente [5], wobei nach unseren Erfahrungen die Stadien »Vorüberlegung« und »Überlegung« eher ein Kontinuum und weniger abgegrenzte Bereiche darstellen. In diesem Kontinuum befinden sich die meisten Patienten, wenn sie zur Aufnahme in ein Psychiatrisches Krankenhaus kommen. Dieses Stadium ist von Ambivalenz geprägt und erfordert spezifische Interventionen zur Förderung von Veränderungsmotivation, wie sie beispielsweise in der motivierenden Gesprächsführung von Miller und Rollnick [4] beschrieben sind.

Der Therapieprozess vollzieht sich entsprechend der unterschiedlichen Verlaufsdynamik in der Regel über längere Zeit. Für einzelne therapeutische Interventionen oder für überschaubare Behandlungszeiten sind individuelle Therapieziele entsprechend der Therapiezielhierarchie von Schwoon [7] zu definieren. Für jedes individuell zu erarbeitende Therapieziel werden die verschiedenen Stadien der Veränderung immer wieder neu durchlaufen. Neben der empathischen Grundeinstellung gegenüber dem Patienten, ist die therapeutische Kontinuität über verschiedene Behandlungsabschnitte hinweg von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung von Veränderungsmotivation. So konnten Studien zur Wirksamkeit von »Therapeutenvariablen« zeigen, dass das Therapieergebnis mit dem Ausmaß an Empathie deutlich korrelierte [4]. Dies relativiert

die Vorstellungen von der Wirksamkeit von Therapieprogrammen gegenüber einer längerfristigen empathischen Begleitung der Patienten.

Die praktische Umsetzung dieser theoretischen Positionen bei der Suchtkrankenbehandlung in Marburg basiert darauf, dass ambulante, tagesklinische und vollstationäre Behandlung von Patienten mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit am gleichen Ort stattfindet und überwiegend von den gleichen Therapeuten durchgeführt wird. Egal in welchem Behandlungssetting ein Patient die Behandlung beginnt oder in welches Setting er wechselt, immer soll die therapeutische Kontinuität so weit wie möglich erhalten bleiben (Abb. 1).

Die Angebote der verschiedenen Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten) sind Mosaiksteine, die unabhängig vom Setting eingesetzt bzw. vom Patienten wahrgenommen werden können. Auch das Pflegepersonal, das wesentlich stationsgebunden arbeitet und hier für das spezifische Behandlungsmilieu verantwortlich ist, nimmt in diesem Behandlungskonzept Setting übergreifende Aufgaben wahr. Insbesondere (aber nicht nur) abends, nachts und an Wochenenden nehmen Patienten in Krisensituationen Kontakt zu den ihnen vertrauten pflegerischen Mitarbeitern auf, die damit in den therapiefreien Zeiten bei tagesklinischer und ambulanter Behandlung den Patienten die Sicherheit vermitteln, im Bedarfsfall Ansprechpartner zur Verfügung zu haben.

Die therapeutische Konstanz bezieht sich sowohl auf einzeltherapeutische Maßnahmen wie auch auf verschiedene verbale und nonverbale Gruppentherapien. In der gleichen Art, wie während der stationären Entzugsbehandlung aus den verschiedenen Therapien für jeden Patienten ein Programm zusammengestellt (und bei Bedarf verändert) wird, kann auch bei der integrierten tagesklinischen und der ambulanten Behandlung aus verschiedenen psychotherapeutischen Angeboten im Einzel- und Gruppensetting sowie aus Körpertherapie und Ergotherapie ein individuelles Programm zusammengestellt werden.

Aus einer eigenen Studie zur Charakteristik von Patienten der integriert arbeitenden Tagesklinik in Marburg ging hervor, dass vor allem auch schwer und länger erkrankte Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit mit ungünstigen Prognosemerkmalen von diesem Be-

handlungskonzept erreicht werden konnten. Dies widerlegt das oft zu hörende Vorurteil, dass nur leichter erkrankte alkoholabhängige Patienten mit günstigen Prognosemerkmalen und einer noch guten sozialen Einbettung von einer tagesklinischen Behandlung erreicht werden könnten [10].

Bei der Untersuchung von vorherrschenden Coping-Strategien zur Normalisierung eines erhöhten Erregungsniveaus in Stresssituationen bei den in Marburg tagesklinisch behandelten Patienten zeigte sich, dass diese Patienten eher hoffnungslos waren und dazu neigten, schneller aufzugeben. Diese Grundhaltung korreliert mit dem klinischen Eindruck des Verharrens in einer Opferrolle oder anders ausgedrückt: Die Patienten der Marburger Tagesklinik fühlten sich weniger in der Lage, Stresssituationen aktiv anzugehen und zu bewältigen. Im Vergleich mit anderen Kollektiven von Patienten mit Alkoholabhängigkeitserkrankung resignierten diese Patienten schneller, ihr affektives Erleben war mehr von Hoffnungslosigkeit und Selbstmitleid bestimmt. Ihre Fähigkeit oder ihre Bereitschaft zum Aushalten und Ertragen unangenehmer Gefühle war vermindert, was mit geringerer Selbstmotivation zum Durchstehen schwieriger Situationen und mit Selbstwertproblemen verbunden ist.

Gerade diese Patienten scheitern wiederholt in dem langen Prozess der Veränderung zur Überwindung ihrer Abhängigkeitserkrankung. Diese Patienten lassen sich in der Regel nicht »weitschicken« in die nächsten Behandlungseinrichtungen, sondern an den Schnittstellen geben sie auf und brechen die Behandlung ab. Dies wird meist mit einer mangelnden Motivation dieser Patienten gleichgesetzt, was ihren psychischen Fähigkeiten aber nicht gerecht wird. So verwundert auch nicht das Ergebnis, dass von allen tagesklinischen Patienten in Marburg, die sich für eine ambulante Weiterbehandlung entschieden, fast 80 % diese Weiterbehandlung in der abteilungseigenen Suchtambulanz bei den ihnen bereits vertrauten Therapeuten durchführen wollten.

Durch das dargestellte integrierte Behandlungskonzept, mit therapeutischer Kontinuität über verschiedene Behandlungssettings hinweg, können, trotz kurzer vollstationärer Behandlungszeiten, insgesamt längere Behandlungsepisoden kostengünstig realisiert werden, was in Anbetracht der angespannten Ressourcensituation im Gesundheitswesen von großer Bedeutung ist.

## Literatur

1. BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988
2. KUNZE, H.: Die Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger und deren Qualitätssicherung. In: CORDING, C., FLEISCHMANN, H., KLEIN, H.E. (Hg.): Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 1995, S. 25–38
3. KUNZE, H., KALTENBACH, L. (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung. 3. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln 1996
4. MILLER, W.R., ROLLNICK, S.: Motivierende Gesprächsführung. Lambertus-Verlag, Freiburg 1999
5. PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C.: Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 1982, S. 276–288
6. RICHTER, D., EIKELMANN, B.: Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie. *Spektrum*, 29, 2000, S. 67–72
7. SCHWOON, D.R.: Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: G. WIENBERG (Hg.) Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992, S. 170–182
8. SCHWOON, D. R.: Suchttageskliniken zwischen Kooperation und Konkurrenz zu den etablierten Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung. In: WAGNER, H.B., KRAUSZ, M., SCHWOON, D.R. (Hg.): Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 1996, S. 30–40
9. SCHWOON, D.R., VELTRUP, C., GEHLEN, A.: Ein mehrstufiges Behandlungsangebot für Alkoholranke: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 16, 1989, S. 16–170
10. SOYKA, M., BAUMGARTNER, G., PREUSS, U., WACHTER, G., WEINGÄRTNER, E., MÖLLER, H.J.: Katamnestische Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Krankenhauspsychiatrie*, 10, 1999, S. 50–55
11. Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen«. Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001
12. WIENBERG, G., DRIESSEN, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

## Flexibilisierte Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten in Kassel und die Rolle der pflegerischen Mitarbeiter

Helmut Frömmel und Dieter Sommer

Wir möchten unser Projekt vorstellen, an zwei Standorten mit einem Behandlerteam ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten zu realisieren.

Unsere Ziele sind:

- Ressourcenorientierung:
  - a. Ressourcen der Patienten
  - b. Ressourcen der Kostenträger
  - c. Unsere eigenen Ressourcen
- Umsetzung des § 39 SGB V
- Optimierung der Behandlerkontinuität
- Reduktion der Schnittstellenproblematik
- Die Patienten dort erreichen, wo sie sich um Hilfe bemühen.

Wir möchten im Folgenden die Entwicklung des Behandlungsbereichs für Alkohol- und Medikamentenabhängige skizzieren.

Noch vor drei Jahren bestand dieser Bereich aus drei Stationen mit den Arbeitsschwerpunkten Alkohol- und Medikamentenentgiftung sowie einem Behandlungsangebot für mehrfach-beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) am Standort Merxhausen, einem in geringem Ausmaß ambulant tätigen Oberarzt und einer tagesklinischen Behandlungseinheit in Kassel, die gewissermaßen eine Satellitenstellung innehatte.

Heute besteht die Behandlungseinheit für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten aus zwei Stationen und der tagesklinischen Einheit. Die Arbeitsschwerpunkte sind auf der einen Station die Behandlung von CMA-Patienten einschließlich der Behandlung des Korsakow-Syndroms. Die andere Station führt qualifizierte Entzugsbehandlungen durch und bildet eine Behandlungseinheit mit der Tagesklinik unter einer ärztlichen und pflegerischen Leitung. Zusätzlich wurden die ambulanten Bemühungen intensiviert, mit dem Ergebnis, dass als Beispiel 252 Patienten im 3. Quartal 2001 durch die integrierte Suchtambulanz betreut wurden.

Unser ambulantes Angebot richtet sich an sehr unterschiedliche Patientengruppen. Wir betreuen einerseits Patienten, die mit einem ausschließlich ambulanten Behandlungsauftrag an uns herantreten, aber auch Patienten, welche uns aus zahlreichen stationären Aufenthalten bekannt sind. Erstere sind eine neue Herausforderung, Letztere eine originäre suchtpsychiatrische Aufgabe. Denn vor allem die Gruppe der »high utilizer« erfordert den Einsatz aller Berufsgruppen und wir nähern uns hier am ehesten dem, was man als »therapeutisches Casemanagement« bezeichnen könnte. Ich möchte ihnen in diesem Zusammenhang exemplarisch einige Zahlen präsentieren:

Im Rahmen der integrierten Suchtambulanz wurden von drei Ärzten 78 Patienten ambulant behandelt. Von diesen waren zehn ausschließlich in ambulanter Behandlung, 15 wurden im Quartalszeitraum stationär behandelt. Die restlichen Patienten wurden im Sinne einer poststationären Behandlung betreut. Es stellt sich die Frage, warum wir uns zum Ziel gesetzt haben, qualifizierte Entzugsbehandlung im tagesklinischen Setting durchführen zu wollen. Wir könnten uns doch zurücklehnen und feststellen, dass die stationär durchgeführten Entzugsbehandlungen erfolgreich und für die Patienten risikoarm sind. Aus unserer Sicht sprechen mehrere Argumente für das tagesklinische Setting:

1. Die Patienten verbleiben auch während der Behandlung in ihrem sozialen Umfeld. Hierdurch kommt es zu einer Problem- und auch Rückfallexposition, was zu einer Integration aller Bereiche des sozialen Umfelds wie Freundschaften, Partnerschaften, Familie und auch des beruflichen Umfelds in die Behandlung führt.
2. Es wird ein Behandlungsangebot auch für die Patienten gemacht, die aus vielfältigen Gründen eine stationäre psychiatrische Behandlung nicht in Anspruch nehmen können oder wollen. Stichworte: Allein erziehende Elternteile und hier vor allem weibliche Abhängigkeitserkrankte, Stigmatisierung durch Aufenthalt in der Psychiatrie u.a.
3. Auf Grund des geringeren Ressourcenverbrauchs hinsichtlich der Gesamtbehandlungskosten versprechen wir uns eine Verlängerung der Behandlungsdauer, was dazu führen würde, dass wir uns wieder in der Lage sehen, eine Behandlung, die den Namen »qualifizierte Entzug« verdient, durchführen zu können.

Wir wollen die oben angeführten Ziele so umsetzen, dass im Rahmen der Eingangsdiagnostik eine Zuordnung zu den einzelnen Behandlungsmodi erfolgt; was auch bedeutet stationäre Behandlungen auf das Nötige zu reduzieren, um damit die Anforderungen des § 39 SGB V zu erfüllen. Die Behandlerkontinuität wird durch die Begleitung der Patienten durch die verschiedenen Behandlungssettings hindurch realisiert. So wird für den durch ein ambulantes Vorgespräch z.B. stationär aufgenommenen Patienten angestrebt, dass der Kontakt zum Ambulanzzarzt weiterhin bestehen bleibt und der Patient nach Entlassung, falls der Bedarf besteht, wieder in die ambulante Betreuung kommt. Zusätzlich bestehen ambulante Angebote in Form von aufsuchender ambulanter Pflege oder ambulanter Sozialberatung. Der Schwerpunkt ambulanter Maßnahmen richtet sich in erster Linie nach den Bedürfnissen der Patienten.

Diese Behandlerkontinuität soll auch beim Übergang der Patienten aus dem stationären in das teilstationäre Setting gewährleistet sein, was dazu geführt hat, dass die Abbruchrate in der teilstationären Behandlung deutlich minimiert werden konnte. Diese Behandlerkontinuität ist mit unterschiedlichen und zum Teil konträren Ansprüchen konfrontiert: Auf der einen Seite mit den Ansprüchen der Patienten nach einer möglichst individuellen Betreuungsform und auf der anderen Seite mit den Anforderungen der Organisationseinheit und des restlichen Teams.

Daraus ergeben sich vielerlei Konsequenzen:

1. Eine Flexibilisierung der Arbeitszeit aller Mitarbeiter
2. Die Bereitschaft, an zwei unterschiedlichen Standorten zu arbeiten
3. Die Integration aller Berufsgruppen in die Planungs- und Behandlungsverantwortung mit unterschiedlicher, berufsgruppenspezifischer Schwerpunktsetzung, unter Berücksichtigung der Ressourcen der Patienten

»Alle Berufsgruppen« meint an dieser Stelle, ausgesuchte, speziell fortgebildete und zu dieser Tätigkeit bereite Mitarbeiter. Nur wenn ein Mitarbeiter sich nicht chronisch überfordert fühlt und sich mit seiner neuen Tätigkeit identifizieren kann, werden wir die Mitarbeiterzufriedenheit und Motivation erreichen, die notwendig ist, diese sehr komplexen Aufgaben zu meistern.

Die Integration der unterschiedlichen Berufsgruppen erscheint

uns auch besonders wichtig unter Berücksichtigung der Entwicklungsperspektiven: Vordringliches Ziel muss es sein, die Kooperation mit den somatischen Disziplinen zu intensivieren, um die Patienten dort abzuholen, wo sie mit alkoholbedingten Störungen vorstellig werden. Wenn wir uns die Realität unserer Patienten oder besser zukünftigen Patienten anschauen, stellt sich die Situation so dar, dass immer noch das Gros der Alkohol- und Medikamentenabhängigen in Allgemeinarztpraxen und somatischen Abteilungen behandelt werden (Wienberg 2001). Was bedeutet, dass das Gros dieser Erkrankten von einer suchtspezifischen Behandlung mehr oder weniger ausgeschlossen bleibt.

Und dies ist ausdrücklich kein Vorwurf an die somatisch tätigen Kollegen. Es ist vielmehr unser Fehler, unser »Know-how« auf unsere Institutionen zu beschränken.

Die Realität in Kassel ist, dass von insgesamt sechs Inneren Abteilungen nur zwei von Krankenhaus- bzw. Abteilungspsychiatern »betreut« werden, die über einen aktuellen suchtspezifischen Hintergrund verfügen. Wir selbst kooperieren mit einer der Inneren Abteilungen, was dazu geführt hat, dass regelmäßig Verlegungen von dort in die tagesklinische Weiterbehandlung vollzogen werden. Und hierbei handelt es sich überwiegend um Patienten, die eine primäre Behandlung in der Psychiatrie wohl nicht in Anspruch genommen hätten.

Diese, nennen wir es Außenorientierung, vor allem der ärztlichen Mitarbeiter, führt aber dazu, dass die Planungs- und Behandlungsverantwortung auf möglichst viele Schultern verteilt werden muss, was allerdings den Bedürfnissen unserer Patienten eher gerecht wird.

Der zweite Teil des Beitrages ist fokussiert auf die Rolle der pflegerischen Mitarbeiter im flexibilisierten Behandlungssetting. Dieses flexible Behandlungssetting ist als Chance zu verstehen, nicht nur für die Patienten, für die es am bedeutsamsten ist, sondern auch für die hier in Rede stehende Berufsgruppe. Die pflegerischen Mitarbeiter haben in diesen komplexen Behandlungsstrukturen eine wichtige Mittlerfunktion zwischen Patienten und Behandlern aus anderen Berufsgruppen. Die Behandlungsverantwortung für Pflege im Sinne der Behandlerkontinuität wird noch deutlicher hervorgehoben. Folgerichtig bedeutet dies, eine eigenständige Kompetenz im Handlungsrahmen der psychiatrischen Krankenpflege umzusetzen.

Das heißt Patienten zu unterstützen,

1. den eigenen Körper wahrzunehmen und zu pflegen, sowie Aktivitäten und Notwendigkeiten des täglichen Lebens selbstständig zu organisieren bzw. auszuüben,
2. Beziehungen zu sich selbst, insbesondere zu den eigenen Gefühlen und zu anderen Menschen zu entwickeln und zu pflegen,
3. das eigene Lebensumfeld zu nutzen, um soziale Beziehungen und soziale Regelungen des Zusammenlebens zu stabilisieren,
4. benötigte Alltagskompetenzen, die zur Stabilisierung von Gesundheit notwendig sind, zu erhalten und zu erweitern.

Auf den Entgiftungsstationen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen wurde seit den Achtzigerjahren in der Organisationsform der Bezugspflege gearbeitet. Seit Anfang des Jahres haben wir auf diesen Stationen die integrierte ambulante Behandlung aufgenommen. Jeder Station steht ein Zeitkontingent von 0,5 VK zur Verfügung (aus ambulanter Finanzierung). Jeder ambulant tätige Mitarbeiter betreut bis zu drei Klienten in Verbindung mit seiner stationären Tätigkeit. Die Autorisierung der ambulant tätigen Mitarbeiter erfolgt durch die Abteilungsleitung. Die ambulante psychiatrische Pflege wird in der Regel mit einem ärztlichen Kollegen der Suchtambulanz koordiniert.

Ebenso findet ein ständiger Fachaustausch zwischen ärztlichem Behandler und den ambulant tätigen pflegerischen Mitarbeitern statt, um Behandlungsstrategien abzustimmen und die Behandlung zu reflektieren. Es entwickeln sich dadurch kleine Behandlungsteams. Eine regelmäßige Rückmeldung zu den ambulant betreuten Klienten an das Stationsteam ist wünschenswert. Eine regelmäßige kollegiale Beratung findet durch die pflegerische Abteilungsleitung statt. Die ambulante psychiatrische Pflege ist zeitlich auf den individuellen Bedarf des Klienten begrenzt.

Wir haben sehr gute Erfahrungen mit diesem ersten Schritt zur flexibilisierten Behandlung gemacht. Mitarbeiter halten eine Behandlungskontinuität ein, im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting. Die ambulante Tätigkeit wird auf den Stationen viel präsenter, die Mitarbeiter, die sich für dieses Arbeitsfeld qualifiziert haben, erleben diese Behandlung ganzheitlicher und erfahren mehr Arbeitszufriedenheit.

Auch die Zusammenlegung der Tagesklinik Sucht mit einer Entgiftungsstation zu einer Behandlungseinheit führt zu einer hohen Flexibilität in dem Behandlungsangebot. Pflegerische Mitarbeiter aus der Tagesklinik hospitieren im stationären Bereich und andersherum ebenso.

Die Behandlungseinheit hat eine ärztliche und eine pflegerische Leitung. Dies führt dazu, dass die bisher an zwei Standorten (räumlich weit auseinander) vorgehaltenen unterschiedlichen Behandlungsarten im Sinne der Behandlerkontinuität zusammenwachsen.

Im Suchtbereich insgesamt und auf den beiden Entgiftungsstationen insbesondere sind wir zurzeit dabei, weitere Schritte hin zum flexibilisierten Behandlungssetting zu entwickeln. Hierbei geht es um eine Weiterentwicklung der Bezugspflege, angepasst an diese neuen Behandlungsanforderungen. Weg vom Anspruch jeden Mitarbeiter als Bezugsperson zuzuordnen, hin zu einem gestuften Bezugspflegekonzept.

Welches individuelle Behandlungsangebot benötigt der Patient im teilstationären oder stationären Rahmen oder als Klient in der ambulanten Tätigkeit und welcher pflegerische Mitarbeiter wird diesem Anspruch in seinen Kompetenzen gerecht? Bei bestimmten Behandlungsschwerpunkten könnte auch der pflegerische Mitarbeiter, mit Unterstützung des Arztes der Prozessbevollmächtigte für die Behandlung sein.

Zu diesen inhaltlichen Veränderungen gehören wichtige Personalentwicklungsinstrumente. Dazu möchten wir anführen, dass wir im pflegerischen Bereich Mitarbeiterentwicklungsgespräche begonnen haben, die sich momentan noch auf der Ebene Abteilungsleitung/Stationsleitung bewegen, aber auch in die Teams übertragen werden sollen. Dieses Personalentwicklungsinstrument dient besonders der Förderung von Mitarbeitern für die neuen oder veränderten Inhalte der Pflege.

Wir diskutieren auch das Arbeitsfeld der pflegerischen Stationsleitung. Die pflegerische Stationsleitung wird mehr Managementaufgaben übernehmen. Die pflegerische Stationsleitung ist fachliche Leitung für die pflegerischen Mitarbeiter. Sie muss weiterhin bei dem hochkomplexen Behandlungsprozess erhebliche Koordinationsaufgaben übernehmen.

Die Dienstplangestaltung hat eine hohe Flexibilität, dies bemerken wir zurzeit bei den Stationen mit der integrierten ambulanten

Tätigkeit aus dem stationären Bereich heraus. Es reichen keine traditionellen Früh- und Spätdienste, sondern alle möglichen Formen von Tagdiensten sind die Alternative. Dienstplangestaltung wird klar an den Behandlungsbedürfnissen (Gruppenangebote, ambulante Termine etc.) orientiert.

Eine weitere Herausforderung ist die Anpassung der Besprechungen an die flexiblen Behandlungssettings. Die üblichen Therapiekonferenzen in denen Informationsweitergabe jeglicher Art und Therapieplanungen oder Therapieevaluations im gesamten Team besprochen werden, müssen überdacht werden.

Eine Entgiftungsstation durchläuft zurzeit eine Modellphase in der die Therapiekonferenz freigeschaufelt wird von reinen Übergaben oder unwesentlichen Informationsweitergaben, zu nutzerfreundlichen Therapiebesprechungen (Fallbesprechungen, Evaluationen der Behandlung, Indikationsstellungen etc.).

Dies sind die Themen, die uns im Suchtbereich bewegen, die wir umsetzen oder bei denen wir uns im Prozess der Realisierung befinden. In Mitarbeiterbesprechungen oder auf Teamtagen des Suchtbereichs unserer Klinik finden konstruktive Diskussionen statt, mit kreativen Beiträgen, auch über Ängste bei den anstehenden Veränderungen. Wir hoffen nach diesen schlaglichtartig beschriebenen Themen, in der Diskussion Erfahrungen aus anderen Häusern zu hören und Anregungen zu erhalten.

## Die zukünftigen Aufgaben für die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken

Thomas Kuhlmann

### Integration statt Selektion

*So viel Integration wie möglich – so viel Spezialisierung wie nötig*

1. Anforderungen an die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken
2. Aktuelle Situation
3. Schwerpunkte für die Zukunft

### Anforderungen an die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken

Grundsätzlich müssen Behandlungsangebote für Menschen mit Drogenproblemen nachstehend genannte Kriterien erfüllen:

Sie müssen

- gemeindenah sein,
- allen Gruppen Drogenabhängiger offen stehen,
- integraler Bestandteil eines vernetzten regionalen Drogenhilfeangebotes mit differenzierten und flexiblen Behandlungs- und Betreuungsangeboten sein und
- mit den Angeboten des regionalen Gesundheitssystems, den Angeboten für Menschen mit allgemeinspsychiatrischen Problemen und den allgemeinen psychosozialen Diensten vernetzt sein.

In den letzten Jahren hat sich, insbesondere in Nordrhein-Westfalen, aber auch zunehmend in den anderen Bundesländern, das Behandlungsangebot der qualifizierten Akutbehandlung bzw. zur qualifizierten Entzugsbehandlung für Drogenabhängige herausgebildet. Dieses Behandlungskonzept umfasst ein integratives Behandlungsangebot von entzugs- und motivationsfördernder Behandlung mit dem Ziel, die Krise (die Notwendigkeit) des Entzugs als Chance zur Änderung und Überwindung bestehender Probleme therapeutisch zu nutzen. Während diese Form der spezifisch auf die Situation drogenabhängiger Menschen ausgerichteten Akutbehandlung zunächst

vor allem der besseren Vorbereitung auf eine stationäre abstinenzorientierte Langzeittherapie diente, hat sich der Stellenwert dieser Behandlungsform inzwischen erheblich verändert: In nicht allen, aber der überwiegenden Zahl der entsprechenden Einrichtungen in Nordrhein Westfalen, dem Bundesland mit dem größten Angebot an Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger, ist diese Behandlungsform in die regionale Pflichtversorgung fest integriert. Die strukturelle Einbeziehung dieses Behandlungsangebotes in die regionale psychiatrische Pflichtversorgung dient der Öffnung dieses Behandlungsangebotes nicht nur für jene Zielgruppen, die sich bereits vor Behandlungsbeginn subjektiv für eine abstinenzorientierte Langzeittherapie entschieden haben, sondern auch für jene Zielgruppen, denen entsprechende Behandlungskonzepte bei überregionaler und damit auch selektiver Ausrichtung nicht offen stehen: Chronisch intoxikierte, psychisch labile und psychosozial von Ausgrenzung bedrohte Patienten, Menschen mit Drogenabhängigkeit und psychiatrischer Komorbidität sowie in Substitution befindliche Patienten, die aufgrund aktuellen Beikonsums einer stationären Behandlung bedürfen, jedoch die Substitutionsbehandlung fortsetzen wollen [1, 2]. Die reale Nutzung nicht nur der Kliniken, welche dieses Behandlungsangebot vorhalten, sondern auch der entsprechenden Stationen mit diesem Behandlungskonzept, durch die genannten unterschiedlichen Zielgruppen differiert gegenwärtig erheblich.

In unserer Klinik, der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, einer in die regionale Pflichtversorgung für Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis einbezogenen Psychiatrischen Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, haben wir durch Aufbau einer Institutsambulanz und komplementärer Angebote – im Sinne des aufsuchenden Betreuten Wohnens und demnächst eines offenen Wohnheims für drogenabhängige Menschen mit psychiatrischer Komorbidität – den Zugang zu von Ausgrenzung bedrohten Zielgruppen erleichtern und zugleich die Vernetzung unseres Behandlungsangebotes mit dem regionalen Hilfsnetz sowohl im Suchtbereich als auch im allgemein psychosozialen Bereich und den anderen Dienstleistungen im Gesundheitswesen deutlich verbessern können [3].

Aufgrund der unterschiedlichen Nutzung gerade der psychiatrischen Institutsambulanzen durch Suchtkranke und der regional sehr

unterschiedlich ausgeprägten Bereitschaft der einzelnen Kliniken, ihre bestehenden Ambulanzen auch Suchtkranken zu öffnen, fehlt vielerorts noch ein entsprechendes Behandlungsangebot, welches in der Regel kaum durch niedergelassene Hausärzte, niedergelassene Psychiater oder Beratungsstellen zu schließen ist. Die Etablierung ambulanter und stationärer Behandlungs- und Betreuungsangebote auch für Drogenabhängige in Psychiatrischen Kliniken verbessert den therapeutischen Zugang, fördert die Überwindung institutionsfixierter therapeutischer Blickwinkel auf Mitarbeiterseite und unterstützt die Vernetzung der Klinik mit den anderen oben genannten Hilfsangeboten. Die stabile Integration auch von Substitutionsbehandlung, einschließlich Angehörigenarbeit und Einbeziehung des sozialen Umfeldes, in das Angebot der Sucht-Institutsambulanzen, ist anzustreben. Sie ist gegenwärtig nicht flächendeckend vorhanden.

### Aktuelle Situation

In Nordrhein-Westfalen ist 1990 eine Arbeitsgemeinschaft »Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger« gegründet worden. Diese setzt sich zusammen aus Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen, die bis auf eine Ausnahme in Psychiatrischen Kliniken tätig sind. Ziel ist die flächendeckende Etablierung dieses speziell auf die Probleme und Bedürfnisse der Zielgruppe Drogenabhängige ausgerichteten Behandlungsangebotes.

In Kooperation mit und unterstützt durch das Landesgesundheitsministerium und insbesondere den damaligen Landesdrogenbeauftragten, Herrn Hüsgen sowie in enger Abstimmung mit den Kostenträgern (Kranken- und Rentenversicherungen) ist in den 90er-Jahren tendenziell ein flächendeckender Aufbau von Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger in allen psychiatrischen Versorgungsregionen erfolgt. Der 1997 aus der gleichnamigen Arbeitsgemeinschaft hervorgegangene Fachverband stellt sich nun der Aufgabe, die Entwicklung und vor allem praktische Umsetzung qualifizierter Behandlungskonzepte zu fördern und die Integration dieses Behandlungstyps in die regionale Pflichtversorgung unter Einbeziehung aller Zielgruppen drogenabhängiger Menschen sicherzustellen.

Beim Aufbau und den Bemühungen um flächendeckende Durchsetzung dieses Behandlungsangebotes zeichneten sich die

nachfolgend skizzierten Zielgruppen als im Sinne der Behandlungsbedürftigkeit relevant ab:

- ***Drogenabhängige mit instabilen oder fehlenden Kontakten zum Hilfesystem, gering entwickelter oder fehlender subjektiver Ausstiegsorientierung und hochgradig selbst- und/oder fremdschädigendem Lebensstil.***

Für diese Gruppe ist der stabile Kontakt zum Hilfesystem unmittelbar überlebensrelevant. Chronische Intoxikationszustände, ausgeprägte psychosoziale Desintegration und psychiatrische Komorbidität prägen das Erscheinungsbild dieser Zielgruppe, welche in besonderer Weise qualifizierter niederschwelliger, alltagsbegleitender und vermutlich auch konsumbegleitender Unterstützung bedarf, um sich schrittweise auf einen weniger selbst- und fremdschädigenden Lebensstil einzulassen.

- ***Drogenabhängige mit ambivalenter Ausstiegsmotivation:***

Diese Zielgruppe ist in der inneren Auseinandersetzung mit der Akzeptanz abstinenzorientierter Hilfsangebote, bei noch ambivalenter Grundhaltung, bereits weit fortgeschritten und profitiert in besonderer Weise von der Möglichkeit des Angebots der Soforthilfe für Drogenabhängige in NRW, welche, auch ohne vorherige ambulante Vorbereitung durch die Drogenberatungsstelle, eine nahtlosen Vermittlung in z.B. stationäre Langzeittherapie oder andere Angebote, einschließlich Substitution, ermöglicht.

- ***Drogenabhängige mit stabiler Abstinenzorientierung:***

Diese Zielgruppe bildet den Kern jener Drogenabhängigen, welche vor Etablierung spezifischer Behandlungsangebote überhaupt nur vom psychiatrischen Hilfesystem erreicht worden sind.

- ***Patienten mit psychiatrischer Komorbidität:***

Mit dem Aufbau niederschwelliger Kontaktstellen und Substitutionsmöglichkeiten sind stabile Beziehungen zwischen professionellen Helfern und jenen Drogenabhängigen erreicht worden, welche zuvor, aufgrund ihrer spezifischen Störungsmuster, kaum vom Hilfesystem erreicht worden sind. Psychiatrische Komorbidität wird bis heute in vielen Behandlungskonzepten unter Kontraindikation aufgeführt. Die Einbeziehung allgemeinspsychiatrischer Störungen in die Akut- bzw. Entzugsbehandlung erfordert ein stärker individualisiertes, patientenorientiertes Vorgehen, ein weniger konfrontativ ausgerichtetes

Milieu und die Bereitschaft und Fähigkeit des Mitarbeiterteams, die mit der zunehmenden Differenziertheit des therapeutischen Vorgehens verbundene Veränderung der Gruppendynamik unter den Patienten auszuhalten, konstruktiv aufzugreifen und starre und konfrontationsorientierte Haltungen zu überwinden, welche gerade im Bereich der ambulanten und stationären Drogenhilfe lange prägend waren [1,2].

- ***»Partydrogen«-Konsumenten:***

Die mit dem Wachsen der Technoszene verbundene neue Drogenszene der »Partydrogen«-Konsumenten unterscheidet sich von den klassischen Drogenabhängigen erheblich in Selbstverständnis, Sprache, Lebensstil, Drogenkonsumverhalten und tendenziell auch hinsichtlich des Alters. Das Verhältnis der professionellen Drogenhilfe zu dieser Konsumentenszene ist geprägt von vielfachen Brüchen, von Unverständnis und emotionaler Ablehnung auf Helferseite, was sich in der völlig ungenügenden Entwicklung szenenaher, aufsuchender Hilfsangebote niederschlägt und meines Erachtens auch als Generationenkonflikt zu verstehen ist. Der Aufbau eines stabilen therapeutischen Kontaktes zu diesen Patienten und die Integration durch ein Mitarbeiterteam erfordern detaillierte Kenntnisse von Szene und Lebensstil dieser neuen Konsumentengruppe, welche jedoch auf Helferseite noch ungenügend entwickelt sind. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität sind auch und gerade in dieser Gruppe häufig anzutreffen [4, 5].

- ***Migranten:***

Drogenabhängige, deren Eltern oder Großeltern aus osteuropäischen oder außereuropäischen Ländern stammen, haben meines Erachtens in besonderer Weise Schwierigkeiten, sich bei dem Bemühen um Überwindung ihres Drogenkonsums, ein neues, nicht drogenorientiertes Umfeld zu schaffen, ohne den Kontakt zu ihrem vor allem kulturell wichtigen Herkunftsumfeld zu verlieren. Besonders die Integration von Drogenabhängigen aus Osteuropa und Staaten der ehemaligen Sowjetunion, vor allem Kasachstan, wird durch mangelnde Sprachkenntnisse auf beiden Seiten erheblich erschwert, diesbezüglich sind jedoch auch die therapeutischen und subkulturell unterschiedlichen Konfliktlösungsstrategien von erheblicher Relevanz. Die Autoritätsfixiertheit und Bereitschaft zu konfrontativer Durch-

setzung eigener Bedürfnisse, einschließlich des Einsatzes massiver körperlicher Gewalt, ist in dieser Gruppe weitaus häufiger zu finden. Ebenso wie bei der Gruppe der »Partydrogen«-Konsumenten, sind die Kenntnis von Lebensstil, Herkunftsszene und sozialisierungstypischer Prägung wesentlich und unverzichtbar, um stabile therapeutische Kontakte und auch mittelfristig tragende therapeutische Strategien aufzubauen und zu entwickeln, vor allem hinsichtlich der Integration des sozialen Umfeldes in den therapeutischen Prozess [6].

- **Jugendliche Drogenkonsumierende:**

Diese Zielgruppe ist die meines Erachtens insgesamt am schlechtesten versorgte und am stärksten von Ausgrenzung bedrohte. Während landes- und bundesweit ausgezeichnete Behandlungsangebote im Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie aufgebaut worden sind, werden Kinder und Jugendliche mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum psychotroper Substanzen von nahezu allen Behandlungsangeboten ausgeschlossen. Alleine in NRW wird die Zielgruppe der drogenabhängigen Kinder und Jugendlichen auf ca. 35.000 geschätzt. Bei einer Anhörung im Landtag im Sommer 2001 waren sich die von den vier Landtagsfraktionen geladenen Experten über die Notwendigkeit eines auch stationären Behandlungsangebotes mit gemeindenahem Zugang, speziell für diese Zielgruppe, einig. In NRW gibt es jedoch gegenwärtig nur drei Einrichtungen, die sich diesem Personenkreis widmen. Die Folge ist das Bemühen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, wie z.B. der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, zumindest Jugendliche, in Abstimmung mit Eltern und Jugendamt, auf den Akutstationen zur qualifizierten Akutbehandlung für erwachsene Drogenabhängige mit zu behandeln, um überhaupt eine Integration ins vorhandene Hilfesystem zu ermöglichen.

- **Geschlechtsspezifische und familienfreundliche Angebote:**

Geschlechtsspezifische, vor allem frauenspezifische Angebote sind in begrenzter Hinsicht Bestandteil der Behandlungsangebote in den bisherigen Drogenakutstationen. Angebote für drogenabhängige Mütter mit Kindern sind nur vereinzelt etabliert. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, vor allem die qualifizierte Versorgung der Kinder bei stationären Behandlungsmaßnahmen der Eltern, ist nach wie vor sehr lückenhaft. Dies

gilt auch für weitere Maßnahmen wie z.B. die Mutter-Kind-Kuren. Bundesweit gibt es bislang nur eine entsprechende Einrichtung, das Emmi-Welter-Haus im Oberbergischen Kreis, das ein Behandlungskonzept entwickelt hat und dieses seit Mitte Oktober 2001 in die Praxis umsetzt, auch Mutter-Kind-Kuren für substituierte drogenabhängige Mütter und ihre Kinder anzubieten.

Bei genauer Betrachtung der sich verändernden Gruppe der Drogenabhängigen wird deutlich, dass einige Zielgruppen relativ guten Zugang zum Hilfesystem und vor allem auch zu den stationären Behandlungsangeboten haben, vor allem die der im ursprünglichen Sinne klassischen Drogenabhängigen, während andere Zielgruppen, wie Jugendliche, Migranten und auch »Partydrogen«-Konsumenten, in regional sehr unterschiedlicher Weise qualifizierte Behandlungsangebote vorfinden. Geschlechtsspezifische und familienfreundliche Angebote sind kaum etabliert, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in den therapeutischen Prozess ist in der Regel noch unzureichend entwickelt und konzeptionell zu wenig abgesichert.

### Schwerpunkte für die Zukunft

Grundsätzlich sind alle Bemühungen, die Behandlungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit missbräuchlichem oder abhängigem Drogenkonsum in der Zukunft zu verbessern, dahingehend auszurichten, dass sie der Überwindung aller Ausgrenzungstendenzen gegenüber Drogenkonsumenten dienen. Ziel aller Anstrengungen muss es sein, die sozial tief verankerten Ausgrenzungstendenzen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen und bezüglich der hier im Fokus befindlichen Zielgruppe der Konsumenten von illegalen Drogen zu überwinden und damit verbundene Desintegrationsprozesse abzubauen [7].

Aufgabe der psychiatrischen Institutionen, die sich der Erleichterung des Zugangs zu Behandlung und der Verbesserung der Behandlungskonzepte für Menschen mit problematischem Drogenkonsum widmen, ist vor allem eine bessere Vernetzung der für Drogenabhängige spezifischen Angebote mit den weiteren Angeboten der Suchthilfe, der allgemein psychosozialen Dienste und allen Bereichen des Gesundheitssystems. Dies betrifft sowohl somatisch

schwer erkrankte Drogenabhängige als auch jene mit psychiatrischer Komorbidität, die, in Abhängigkeit von der Ausprägung der im Vordergrund stehenden Störung, besser in einem eher allgemeinpsychiatrisch orientierten Setting behandelt werden können oder mit einem auf die Probleme der Drogenabhängigen zugeschnittenen Behandlungskonzept. Da ein mehrfacher Wechsel zwischen verschiedenen Behandlungssettings in der Regel den Chronifizierungsprozess eher begünstigt, kann der Desintegrationstendenz, gerade der Patienten mit psychiatrischer Komorbidität, nur durch bessere Zusammenarbeit und praktische Vernetzung vor Ort zwischen Angeboten der Allgemeinpsychiatrie und der Sucht- bzw. Drogenabteilung oder -fachklinik, entgegengewirkt werden.

Das soziale Umfeld ist vielerorts noch völlig unzureichend in den gesamten Verlauf des therapeutischen Prozesses einbezogen, obwohl es, aufgrund seiner enormen Bedeutung sowohl für den Zugang zum Hilfesystem als auch für die Stabilisierung des jeweils erreichten Behandlungserfolgs, unverzichtbar ist.

Traditionell sind alle Bemühungen der ambulanten und stationären Drogenhilfe, zu der meines Erachtens ausdrücklich auch die Psychiatrischen Kliniken mit entsprechenden Behandlungsangeboten zu zählen sind, auf die bessere Erreichung potenziell von Ausgrenzung und vor allem von den Folgen der Illegalisierung der konsumierten Substanz bedrohte Patienten ausgerichtet. Die aktuelle Diskussion über die Etablierung der Originalstoffvergabe zeigt erneut, welche großen Vorbehalte selbst bei sozialpsychiatrisch ausgerichteten Praktikern gegenüber der Einbeziehung dieser Substanzen in den therapeutischen Prozess nach wie vor bestehen. Wenn die Bemühungen ernst zu nehmen sind, auch jene Drogenabhängigen, die trotz Etablierung tendenziell niederschwelliger Angebote noch nicht erreicht werden konnten, nicht aufzugeben, dann ist die Einbeziehung der Originalstoffvergabe – und zwar nicht nur bei Opiatabhängigen – unmittelbar in den therapeutischen Prozess unverzichtbar. Meines Erachtens geht es nicht darum, ob die Einbeziehung der Originalstoffvergabe sinnvoll ist – diese Frage ist aus meiner Sicht spätestens durch das Schweizer Projekt geklärt, wenn nicht bereits durch die Erfahrungen in England – es geht im Gegenteil darum, wie diese Angebote sinnvoll in die vorhandenen, etablierten und vor allem bewährten Angebote integriert werden können, angesichts des zunehmend differenzierten Drogenhilfesystems.

Auf der anderen Seite sind jene Drogenabhängigen, die sowohl sozial als auch speziell im Berufsleben gut integriert sind, aufgrund der mangelnden Flexibilität des Hilfesystems kaum in der Lage, qualifizierte und ihrem Alltag angemessene Hilfsangebote zu finden. Um auch diesen Menschen gerecht zu werden, ist die Etablierung von Suchtambulanzen in allen in die Regionalversorgung einbezogenen psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland unverzichtbar, einschließlich der Etablierung eines auch zeitlich flexiblen Behandlungsangebots: Öffnungszeiten, die um 18:00 Uhr enden, sind inakzeptabel, wenn eine Zielgruppe erreicht werden soll, deren Arbeitstag erst um 22:00 Uhr endet, nach mitunter 12 oder 14 Stunden!

Sowohl sehr junge als auch alt gewordene Drogenabhängige sind gegenwärtig vernachlässigte Zielgruppen, auf deren angemessene Behandlung und Betreuung sich das Hilfesystem kaum eingelassen hat. Für beide Zielgruppen sind wohnortnahe und flexible Behandlungskonzepte und Angebote unverzichtbar: Entweder sind entsprechende, der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuzuordnende Behandlungskonzepte, einschließlich stationärer Betten, aufzubauen und mit pädagogischen, schulischen und Weiterbildungsangeboten für diese Patienten zu verbinden oder Behandlungsangebote zu etablieren, mit für die Bedürfnisse dieser Zielgruppe spezifischen Behandlungskonzepten, in Kliniken, die sich primär der Erwachsenenpsychiatrie und in diesem Rahmen auch mit speziellen Angeboten der Behandlung Drogenabhängiger widmen (z.B. eigene Stationen mit Ambulanzanbindung für drogenkonsumierende Jugendliche).

Die Vernetzung mit den Angeboten des Jugendamtes, den Schulen und den pädagogischen Angeboten ist voranzutreiben. In der Stadt Köln wird im Rahmen eines Arbeitskreises versucht, die vorhandenen Initiativen und Angebote zu bündeln, zu denen auch die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach zählt, aufgrund ihrer Einbeziehung in die regionale Pflichtversorgung. Stationäre Betten für diese Zielgruppe gibt es jedoch auch nach mehr als zehnjährigen Bemühungen nicht. Nicht ein Einziges!

Die Versorgungssituation für alt gewordene Drogenabhängige sieht ähnlich aus. Einzelne Drogenabhängige werden bereits in Köln in Altersheimen betreut und dort weiter methadonsubstituiert. Die Behandlungs- und Betreuungssituation für alt gewordene Drogenabhängige mit entsprechenden alterstypischen und lebensstilbedingten somatischen Mehrfachschädigungen, häufig auch behand-

lungsbedürftigen psychiatrischen Störungen, ist unzureichend entwickelt. Im Großraum Köln gibt es erst ein soziotherapeutisches Wohnheim, welches sich tendenziell dieser Zielgruppe widmet. Ein weiteres wird hoffentlich im Laufe des nächsten Jahres von der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach eröffnet. Es ist jetzt schon abzusehen, dass auch dieses zweite Heim auf Dauer den Bedarf im Großraum Köln/Bergisch Gladbach/Leverkusen kaum wird abdecken können. Während sich dank intensiver Bemühungen, in den letzten Jahrzehnten flexible und bedarfsgerechte Hilfsangebote für Alkoholabhängige mit somatischer oder psychiatrischer Mehrfachschädigung entwickelt haben, steht die Etablierung vergleichbarer qualifizierter und bedarfsgerechter Angebote für die Zielgruppe der Drogenabhängigen noch aus.

Darüber hinaus ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes vor allem in Bezug auf die einzelnen, zuvor aufgeführten und sich deutlich unterscheidenden Zielgruppen voranzutreiben: Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes bei Drogenabhängigen, deren kulturelle Identität sich deutlich von der deutscher Staatsangehöriger unterscheidet, ist unzureichend entwickelt. Es fehlt vielerorts sowohl an Sprachkenntnissen als auch an Informationen und Verständnis für den jeweiligen Sozialisationsprozess dieser Zielgruppen. Disziplinäre Behandlungsabbrüche und Behandlungsabbrüche aufgrund z.B. der deutlich ausgeprägteren Neigung zur Anwendung massiver Gewalt bei Drogenabhängigen aus osteuropäischen Ländern, erschweren die konstruktive soziale Integration und therapeutische Unterstützung dieser Zielgruppen. Die vielerorts zu konstatierende Neigung zu gettoähnlicher Isolation bei türkischen oder mitunter auch italienischen Jugendlichen der zweiten und dritten Generation ist ohne Einbeziehung des sozialen Umfeldes kaum zu beeinflussen. Die Aufrechterhaltung dieser Rahmenbedingungen erschwert jedoch den therapeutischen Zugang erheblich.

Insgesamt sind meines Erachtens alle zukünftigen Bemühungen dahingehend zu intensivieren, den Desintegrationsprozessen von Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen entgegenzuwirken, die konstruktive Integration durch stärkere Vernetzung der unterschiedlichen sozialen, medizinischen und drogenspezifischen Hilfsangebote zu verbessern und dadurch die Fähigkeit und Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung gerade bei dieser Zielgruppe wesentlich zu fördern.

Behandlungs- und Betreuungsangebote müssen qualifiziert, alltagsnah und vernetzt, also schnittstellenstabil sein, um sowohl von Desintegration bedrohte als auch sozial gut integrierte Drogenabhängige und missbräuchlich Drogen Konsumierende zu erreichen.

### Literatur

1. KUHLMANN, Th., HASSE, H.E., SAWALIES, D.: Harm Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW – Über die Anforderungen an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; SUCHT, 1/1994, Neuland-Verlag, Geesthacht, S. 50–56
2. KUHLMANN, Th., HASSE, H.E., SAWALIES, D.: Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; Psychiatrische Praxis, 1/1994, Seite 13–18
3. KUHLMANN, Th.: Harm Reduction – Zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; Psychiatrische Praxis 4/1996, Seite 157–160
4. KUHLMANN, Th.: Ecstasy, eine Designerdroge der Techno-Szene; Psychiatrische Praxis, 6/1996, Seite 266–269
5. KUHLMANN, Th.: Modedroge Ecstasy – Wirkung und Risiko aus medizinischer Sicht; in: LANDESSTELLE JUGENDSCHUTZ NIEDERSACHSEN (Hg.): Rausch und Risiko – Drogenkonsum und Jugendkultur in der Techno-Szene, Beiträge zur präventiven Arbeit im Jugendschutz, Dokumentation einer Fachtagung 1997
6. GESUNDHEITZENTRUM FÜR MIGRANTINNEN (Hg.): Sucht und Migration – erste Kölner Fachtagung am 08.10.1997 in Köln
7. KLEIN, M.: 1. Zwischenbericht zum Modellprojekt »Behandlung sofort«; Katholische Fachhochschule NRW, Abteilung Köln, Köln 15.07.1997

## Bedarfsorientierte Versorgung Suchtkranker in der klinischen Psychiatrie

Martin Reker

### Einführung

Die klinische Suchtmedizin steht an einem Wendepunkt: Seit der Tagung zur »Vergessenen Mehrheit« 1990 in Göttingen ist das Bewusstsein für eine umfassende gemeindenahere Versorgung chronisch alkoholabhängiger Patienten erheblich gewachsen. Zehn Jahre später, »auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit«, konnten Wienberg und Driessen auf der Folgetagung in Bielefeld-Bethel konstatieren, dass Suchtmedizin »sich als integraler Bestandteil der Psychiatrie und Psychotherapie in einem bis dahin nicht gekannten Ausmaß etablieren« konnte und »sich der Blick der Fachöffentlichkeit, vom eingegengten Blick auf das suchtspezifische Hilfesystem, auf das Feld der psychiatrisch-psychozialen Versorgung und vor allem auf das große Gebiet der allgemeinen Medizin in Praxis und Klinik erweitert« hat [9; S. 9].

Nun stellen sich vor allem für die psychiatrischen Versorgungskliniken neue Herausforderungen. Nach einem Jahrzehnt ständiger Expansion geht es nun darum, einerseits die Qualität der eigenen Arbeit zu belegen und andererseits die Versorgungsstrukturen so flexibel zu gestalten, dass mit möglichst geringem Aufwand – d.h. mit relativ viel ambulanter und möglichst wenig vollstationärer Therapie – die besten Behandlungserfolge für möglichst viele Betroffene erbracht werden können.

Im vorliegenden Beitrag soll das Spannungsfeld kurz aufgezeigt werden, um dann, am Beispiel der suchtmmedizinischen Versorgung in Bielefeld, einige Lösungsansätze zur Diskussion zu stellen. Zu spezifischen Aspekten der zukünftigen Aufgaben bei der Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken wird auf den Beitrag von Thomas Kuhlmann in diesem Band verwiesen.

### Welchen Versorgungsbedürfnissen müssen sich Behandlungseinrichtungen für Suchtkranke zukünftig stellen?

In der Folge der Empfehlungsvereinbarung aus dem Jahre 1978 wurden lange Zeit nur abstinenzmotivierten Patienten mit Alkoholproblemen klinische Behandlungsangebote gemacht. Dabei war Behandlung im Wesentlichen auf die körperliche Entgiftung eingengt. Orientiert an der Zielehierarchie von Schwoon [2], wurden in den 90er-Jahren vermehrt auch chronisch mehrfachbeeinträchtigte und (noch) nicht abstinenzmotivierte Patienten als Suchtpatienten in Psychiatrischen Kliniken aufgenommen und behandelt. Die Hamburger Arbeitsgruppe um Krausz hat seit dieser Zeit verstärkt den Blick auf Patienten mit sog. »Doppeldiagnosen« gelenkt, wobei unter diesem Terminus primär Patienten mit Psychose und Drogenabhängigkeit verstanden wurden.

Im neuen Jahrtausend zeichnet sich eine Reihe von spezifischen Therapieaspekten ab, die im gegenwärtigen Hilfesystem als zu wenig berücksichtigt gelten und die in bestehende Konzepte besser integriert werden müssen. Zu diesen Erfordernissen gehören:

- Therapieangebote bei vorliegender psychiatrischer und/oder somatischer Komorbidität
- Altersspezifische Therapieangebote (Kinder und Jugendliche, Sucht im Alter bei legalem wie illegalem Suchtmittelkonsum)
- Kulturspezifische und kulturübergreifende Therapieangebote
- Substanzspezifische Therapieangebote (Partydrogen, Kokain, Nikotin, Cannabis etc.)
- Geschlechts- und familienspezifische Therapieangebote (Mutter-Kind-Behandlung, Paarbehandlungen, frauenspezifische Angebote z.B. während der Schwangerschaft, Kinder von Suchtkranken)
- Therapieangebote für suchtkranke Straftäter im Strafvollzug, in Forensischen Kliniken sowie im ambulanten Rahmen bei laufender Bewährung oder nach § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

### Wie können Behandlungsabläufe flexibilisiert und damit sowohl ökonomischer wie patientenorientierter gestaltet werden?

Klinische Suchtmedizin in Deutschland verstand sich bislang im Wesentlichen vollstationär. Dass das so nicht sein muss, belegen Behandlungssettings in anderen Ländern, z.B. in Großbritannien, wo mit sehr viel weniger klinischen Betten sehr effiziente Suchtmedizin betrieben wird [6]. Gegen ambulante Entgiftung oder ambulante Psychotherapie mit Suchtkranken gibt es in Deutschland noch immer erhebliche Vorbehalte. Der steigende Kostendruck hat die Kliniken nun aber doch veranlasst, die Möglichkeiten ambulanter und teilstationärer suchtmmedizinischer Behandlung auszuloten und Integrationsmöglichkeiten verschiedener Behandlungssettings zu prüfen.

Nicht selten muss die regionale Versorgungspsychiatrie sich mit dem Vorwurf auseinandersetzen, ambulante und tagesklinische Suchtarbeit sei schon von der Struktur her Rehabilitation und deswegen kein Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Eindruck kann nur aufkommen, wenn Psychiatrische Suchtambulanzen das Gleiche machen wie Suchtberatungsstellen und Tageskliniken in der Versorgungspsychiatrie sich nicht unterscheiden lassen von entsprechenden Behandlungseinrichtungen der Träger der Rehabilitation. Wenn aber in Institutsambulanzen und Tageskliniken der Versorgungspsychiatrie die gleichen akutpsychiatrischen suchtmmedizinischen Aufgabenstellungen verfolgt werden wie in der Klinik selbst, nur effizienter, dann kann es zwischen Krankenkassen und den Psychiatrischen Kliniken hier keine Diskussion geben.

### Wie lässt sich Qualität und Effizienz klinischer Suchtarbeit in der Versorgungspsychiatrie verbessern und angemessen belegen?

Die o.g. Zielehierarchie nach Schwoon bedurfte keiner wissenschaftlichen Diskussion. Sie setzte einen ethischen Maßstab, der unwidersprochen blieb. Davon profitierten vor allem chronisch mehrfachbeeinträchtigte und nicht abstinenzmotivierte Suchtpatienten, denen das klinische Suchthilfesystem der Psychiatrie lange weitgehend verschlossen geblieben war. Das hat sich geändert. Kostenträger akzeptieren nach wiederholten Aufnahmen zur Entzugsbehandlung »Überlebenssicherung« oder andere Elemente des Zielehierarchie nicht

unwidersprochen. Sie fordern den Nachweis eines wissenschaftlich begründeten Behandlungskonzeptes und die Berücksichtigung von Gesichtspunkten zur Effizienz der gewählten Vorgehensweise.

Die Suchtmedizin in der Psychiatrie hat sich deswegen um ein »Gütesiegel« bemüht, auf das man sich in der Fachdiskussion mit Kostenträgern berufen könnte. Es heißt »qualifizierter Entzug«. Der Terminus wurde von Politik und Kostenträgern früh akzeptiert und wurde zum »Zauberwort« strategischer Suchthilfeplanung. So wurden in den 90er-Jahren in Nordrhein-Westfalen unter diesem Oberbegriff flächendeckend »QE«-Stationen zur Behandlung Drogenabhängiger eingerichtet, was aus versorgungspsychiatrischer Sicht eine kaum zu überschätzende Leistung von Politik, Kostenträgern und Psychiatrie ist [3, 4]. Während hier aber noch ein niedrigschwelliger Zugang und damit ein Angebot gerade für chronifizierte Patienten ein wichtiges Merkmal darstellte, hat die zuletzt geführte Diskussion um den qualifizierten Entzug für Alkoholabhängige zum Teil viel weniger diesen versorgungspsychiatrischen Grundgedanken. Am deutlichsten wird dies bei Mundle, der, unter sicher missverständlicher Berufung auf die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich, qualifizierte Entgiftung versteht als eine »gezielte Förderung der Motivation zur weiterführenden Entwöhnungsbehandlung«, deren Erfolge wissenschaftlich hinreichend belegt seien [5]. Qualifizierte Entgiftung wird hier wieder eingeeengt auf den traditionellen Königsweg, dessen Ausschließlichkeit kreative patientenzentrierte Suchtarbeit über viele Jahre so begrenzt hatte.

Dass ein versorgungspsychiatrisches Grundverständnis und ein wissenschaftlich fundiertes fachliches Therapiekonzept mit transparentem Qualitätsmanagement kein Widerspruch sein muss, demonstrierte eine »Arbeitsgruppe qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen«, die unter Federführung des Landtagsverbandes Westfalen-Lippe und unter Beteiligung von Politik, Kostenträgern, Medizinischem Dienst und Leistungserbringern, ein »Rahmenkonzept Stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung« entwickelt hat, das im Sommer 2001 dem Gesundheitsausschuss des Landtages in NRW zugegangen ist. Das Konzept kombiniert den vor allem von Kuhlmann sehr stark vertretenen Anspruch eines umfassenden bedarfsorientierten Behandlungsangebotes für alle Suchtpatienten mit einem von Driessen besonders hervorgehobenen Ef-

fizienanspruch an klinisch evaluierte Behandlungsprogramme für Alkoholabhängige [1].

Am Beispiel der Suchtkrankenversorgung in der Stadt Bielefeld, speziell in der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin der Krankenanstalten Gilead, an den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, sollen die folgenden Aspekte einer flexiblen integrativen Behandlung Suchtkranker diskutiert werden:

1. Bedarfsorientierte Versorgungsentwicklung im kommunalen Hilfenetz für Menschen mit Suchtproblemen
2. Vertikale Vernetzung suchtspezifischer Behandlungsangebote in der psychiatrischen Klinik
3. Wissenschaftliche Fundierung suchtmmedizinischer Therapiekonzepte in der psychiatrischen Regelversorgung

#### **Bedarfsorientierte Versorgungsentwicklung im kommunalen Hilfenetz für Menschen mit Suchtproblemen am Beispiel der Stadt Bielefeld**

Wenn Hilfen für Suchtkranke bedarfsdeckend vorhanden sein sollen, bedarf es eines gesteuerten Prozesses. Im freien Wettbewerb werden bevorzugt die Patienten betreut, mit denen sich am ehesten Gewinn erwirtschaften lässt. Randgruppen und schwierige Patienten bleiben schnell auf der Strecke. Deswegen liegt es nahe, kommunale soziale Hilfesysteme zentral zu steuern. In Bielefeld ist aus einer zentralen »Steuerungsgruppe Drogen« und einer weiteren, zur flächendeckenden Etablierung der notwendigen Hilfen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Patienten, eine zentrale »Steuerungsgruppe Sucht« etabliert worden, die eng mit dem Psychiatriebeirat und dem Psychiatrie-Koordinator zusammenarbeitet. Wesentliche Impulse kommen über die »AG Sucht«, in der alle Anbieter suchtspezifischer Hilfen und Vertreter der Selbsthilfe zusammengeschlossen sind [6]. Im Bielefelder Suchtbericht 2001 wurden die bestehenden Hilfen zusammengetragen und künftige Aufgabenstellungen formuliert.

Die o.g. Entwicklungsaufgaben, z.B. suchtspezifische Angebote für Migranten, für Kinder und Jugendliche, für Frauen, für alte Menschen oder für suchtkranke Straftäter, werden im Suchtbericht aufgegriffen und über die steuernden Gremien als Aufträge an das kommunale Hilfesystem weitergeleitet.

#### **Vertikale Vernetzung suchtspezifischer Behandlungsangebote am Beispiel des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Bielefeld/Bethel (ZPPM)**

Eine stärkere vertikale Vernetzung von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Suchtarbeit ist, vor allem für den lange zu stark klinikzentrierten Behandlungsbereich, zu fordern. Dies erfordert zunächst die Etablierung und den Aufbau differenzierter ambulanter und teilstationärer Behandlungsangebote für akut behandlungsbedürftige suchtkranke Patienten.

Eine eigene ambulante Sprechstunde für alkoholabhängige Patienten im Sinne einer Vorschaltambulanz wurde bereits Ende der 80er-Jahre an der Klinik etabliert. Differenzierte Behandlungsangebote, z.B. die ambulante Entgiftung, entstanden aber erst seit 1994. 1991 wurde mit der tagesklinischen Arbeit für Suchtkranke begonnen, die 1994 als eigene von den Krankenkassen finanzierte Behandlungseinrichtung strukturell etabliert werden konnte. Der Behandlungsschwerpunkt lag zunächst auf Patienten mit einer Alkoholproblematik. Seit 1996 besteht eine eigene Drogensprechstunde für Patienten mit illegalem Drogenkonsum, aus der heraus sich ein umfassendes und sehr differenziertes Angebot zur Substitution opiatabhängiger Patienten entwickelt hat. In der Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen wurde im Jahre 2000 ein eigener Arbeitsschwerpunkt für drogenabhängige Patienten entwickelt, mit eigenem Therapieprogramm und spezifischen Erfahrungen gerade in der Arbeit mit jugendlichen und adoleszenten Patienten. So stehen im Jahre 2001 sehr differenzierte ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote sowohl für Patienten mit legalem wie mit illegalem Suchtmittelkonsum zur Verfügung.

Alle Behandlungssettings haben im Prinzip den gleichen Arbeitsauftrag: Die in ein längerfristiges ambulantes Setting eingebundene Akutversorgung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. Gegenwärtig besteht die primäre Entwicklungsaufgabe darin, diese verschiedenen Behandlungssettings vertikal so miteinander zu vernetzen, dass fließende Übergänge zwischen der ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlung ermöglicht werden, unter kontinuierlicher Wahrung der in der Abteilung formulierten Behandlungsgrundlagen und des individuellen Behandlungsplans. Im Folgenden sollen hierfür einige Beispiele aufgezeigt werden:

Beispiel 1: *Ein motivierter Patient ohne besondere Risikofaktoren beginnt ambulant eine Diazepam-gestützte Entgiftung. Da er sich zu Hause immer wieder von zudringlichen Trinkkameraden verunsichert fühlt, erlebt er das Setting doch als überfordernd und wird rückfällig. So nimmt er, vermittelt durch die Institutsambulanz, die Entgiftung unter vollstationären Bedingungen wieder auf, um später im teilstationären Umfeld über ein Rückfallpräventionstraining die Auseinandersetzung mit seinem schwierigen sozialen Umfeld einzuüben.*

Beispiel 2: *Ein nach einem Entzugskrampfanfall notfallmäßig aufgenommenem Patient will am dritten Tag der körperlichen Entgiftung nicht mehr länger stationär bleiben, weil die Versorgung des Hundes nicht mehr gewährleistet sei. Er erhält das Angebot, die Entgiftung unmittelbar tagesklinisch oder ambulant fortzusetzen und abzuschließen und sich bei auftretenden Problemen erneut stationär einweisen zu lassen.*

Beispiel 3: *Ein drogenabhängiger veränderungsmotivierter Patient mit polytoxikomanem Konsummuster meldet sich in der Ambulanz zur Entgiftung an, kann aber zunächst nur auf die Warteliste aufgenommen werden. Über eine direkt aufgenommene Methadonsubstitution gelingt ihm innerhalb weniger Tage der Verzicht auf illegale Drogen inkl. des Beigebrauchs von Kokain und Alkohol. Zudem wird ambulant der Behandlungsauftrag für den stationären Aufenthalt genauer geklärt. Verschiedene Ämterprobleme können noch vor Antritt der stationären Entgiftung gelöst werden. So sind zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme schon viele der primär formulierten Behandlungsaufträge abgearbeitet.*

Beispiel 4: *Ein auf der Station rückfälliger Drogenpatient, der dort halbwegs vom Beigebrauch entgiftet hatte, wird wegen Bedrohung eines Mitpatienten »disziplinarisch« entlassen. Er erhält das Angebot, sich am nächsten Morgen in der Drogensprechstunde der Ambulanz zu melden, um die schwierige Situation auf Station nachzubesprechen, soziales Lernen zu fördern und um die weitgehend abgeschlossene Beigebrauchs-entgiftung als Therapieerfolg zu sichern.*

Die Beispiele verdeutlichen, dass durch die Integration ambulanten, teil- und vollstationärer Behandlung die bekannten strukturellen Kommunikationsprobleme der bisherigen horizontalen Organisationsausrichtung weitgehend behoben werden können. Behandlungspläne können ohne Brüche im veränderten Setting fortgeführt werden, zum Teil gelingt es sogar, die Behandlerkontinuität zu wahren und dadurch erreichte Zwischenziele tatsächlich zu sichern.

Eine Gefahr liegt sicher darin, dass monopolistische Therapie-systeme die Möglichkeiten einschränken, in einem freien Markt therapeutische Angebote selbst zu wählen, damit der Patient bewusst selbst eigene Akzente durch eine veränderte Therapeutenwahl setzen kann.

### Wissenschaftliche Fundierung suchtmedizinischer Therapiekonzepte in der psychiatrischen Regelversorgung am Beispiel des ZPPM Bielefeld/Bethel

Psychiatrisches, auch suchtmedizinisches Handeln ist mehr als früher aufgerufen, sich an der internationalen Fachdiskussion zu orientieren. Beispielhaft seien für die Entwicklung im ZPPM in Bielefeld/Bethel die integrierte Motivationsbehandlung für Alkoholpatienten, substanzunspezifische Psychotherapieprogramme für komorbide Suchtpatienten, speziell das DBT-Programm für suchtkranke Borderline-Patienten und die bevorstehende Einführung der scoregesteuerten Alkohol-Entgiftung genannt.

Im auf drei Wochen ausgerichteten, voll- und teilstationär angebotenen Motivationsprogramm werden mit verhaltensmedizinisch fundierten psychoedukativen Verfahren suchtspezifische Handlungskompetenzen vermittelt, die die Abstinenzmotivation fördern und die Rückfallprävention verbessern. Ein Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung ist im laufenden Behandlungsprozess möglich.

Das psychotherapeutische Programm für komorbide Patienten ist auf sechs bis acht Wochen ausgelegt und vermittelt auf verhaltensmedizinischer Grundlage über primär gruppentherapeutische Prozesse (z.B. Gruppenkompetenztraining) handlungsorientierte Basis-kompetenzen. Auf der Station werden auch tagesklinische Angebote gemacht. Einzelne Patienten werden von den Therapeuten ambulant nachbetreut.

Aus der ambulanten Arbeit heraus wurde die »Dialektisch-Behaviorale Therapie« nach M. Linehan für Suchtpatienten adaptiert und erfolgreich eingeführt. In geschlossenen Gruppen nutzen die Patienten dieses Angebot unabhängig davon, ob sie gerade ambulant, teilstationär oder vollstationär behandelt werden.

Die von Wetterling ins Deutsche übertragene »AWS-Skala«, mit der an der Universitätsklinik in Lübeck und andernorts umfangrei-

che Erfahrungen gemacht wurden [10], wird nun auch am ZPPM in Bielefeld/Bethel die bisherigen Entgiftungsschemata ersetzen und damit eine evaluierbare Grundlage für Entgiftungsbehandlungen schaffen.

### Zusammenfassung

Die kommunalen Steuerungsmechanismen müssen so breit getragen werden, dass in einer umfassenden Verantwortungsgemeinschaft der beteiligten Institutionen für alle Bedarfslagen ein verantwortlicher Ansprechpartner gefunden werden kann, der sich um ein individuell angemessenes gut in das Hilfenetz eingebundenes Hilfe-konzept bemüht.

Die Flexibilisierung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungssettings ist eine Entwicklungsaufgabe, der sich auch die Suchtmedizin nicht mehr entziehen kann. Die vorgetragenen Beispiele zeigen, dass hier das ökonomisch günstigere Modell auch für den Patienten von Vorteil ist.

Dabei müssen sich die Betroffenen darauf verlassen können, dass die Behandlungsangebote nicht nur gut gemeint, sondern auch fachlich qualifiziert sind. Die Nutzung international akzeptierter Standards führt notgedrungen zu einer Vereinheitlichung der Therapieangebote. Dabei dürfen Krankheitsmodelle, die mit diesen Standards nicht kompatibel sind, nicht einfach übergangen werden. Vielmehr kommt es darauf an, neben diesen Angeboten wissenschaftlich evaluierter Therapien, im individuellen Kontakt auch den subjektiven Deutungen der Betroffenen angemessenen Raum zu lassen.

### Literatur

1. DRIESSEN, M., VELTRUP, C., JUNGHANNS, K., PRZYWARA, A., DILLING, H.: Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme am Beispiel einer erweiterten Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit, *Der Nervenarzt* 70, 1999, S. 463–470
2. KRAUSZ, M.: Suchtmittelmissbrauch und Psychose. In: KRAUSZ, M., SCHWOON, D.R.: *Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*, Stuttgart 1990
3. KUHLMANN, Th., HASSE, H.E., SAWALIES, D.: Harm Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW – Über die Anforderungen an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; *SUCHT* 1/1994, Neuland-Verlag, Geesthacht, S. 50–56

4. KUHLMANN, Th., HASSE, H.E., SAWALIES, D.: Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; *Psychiatrische Praxis*, 1/1994, Seite 13–18
5. MUNDLE, G.: Was ist qualifizierter Entzug für Alkoholranke? In: Qualität unter Kostendruck? Suchtbehandlung im gegenwärtigen Gesundheitssystem, Dokumentation der XXII. Niedersächsischen Suchtkonferenz am 21.9.2000 im LKH Osnabrück, Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000
6. REKER, M.: Netzwerk kommunaler Suchthilfen am Beispiel Bielefeld. In: *Suchtmedizinische Versorgung Bd.1, Grundlagen der Behandlung*, Springer, Heidelberg 2000, S. 129–138
7. REKER, M.: Was ist qualifizierter Entzug für Drogenabhängige? In: Qualität unter Kostendruck? Suchtbehandlung im gegenwärtigen Gesundheitssystem, Dokumentation der XXII. Niedersächsischen Suchtkonferenz am 21.9.2000 im LKH Osnabrück, Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000
8. RITSON, B.: Die Zusammenarbeit zwischen primären Gesundheitsdiensten und Spezialeinrichtungen für Menschen mit Alkoholproblemen. In: *AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung, Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen*, Rheinland-Verlag, Köln 1994
9. SCHWOON, D.R.: Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: WIENBERG, G. (Hg.): *Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
10. WETTERLING, T., KANTZ, R.D., BESTERS, D., SPEIL, G.: Skala zur Erfassung des Schweregrades eines Alkoholentzugssyndroms (AWS-Scale) – Erste klinische Erfahrungen. *Sucht (Sonderband)*, 1995, S.41–43
11. WIENBERG, G., DRIESSEN, M. (Hg.): *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit; Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001
12. WITTFEOT, J.: Ambulante Entgiftung in der Psychiatrischen Ambulanz in Bielefeld. In: *AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen*, Lambertus-Verlag, Freiburg 1997

### **III. Im Brennpunkt**

## Im Abseits der Psychiatriereform: Psychisch Kranke im Strafvollzug

Norbert Konrad

In den Justizvollzugsanstalten der Bundesrepublik Deutschland wurden am 31.3.2000 60.798 Strafgefangene gezählt. Wie in anderen europäischen Ländern [1] hat die Zahl der Strafgefangenen in den letzten Jahren zugenommen.

Psychisch gestörte Straftäter unterliegen in Deutschland spezialgesetzlichen Regelungen [7], die auf dem Konstrukt der strafrechtlichen Verantwortlichkeit aufbauen: Schuldunfähige, aber nicht für gefährlich erachtete Rechtsbrecher werden, falls überhaupt, in Einrichtungen der allgemeinen klinischen Psychiatrie hospitalisiert. Sind von zumindest als erheblich vermindert schuldfähig erachteten Tätern weitere erhebliche Taten zu erwarten, werden sie, unabhängig von der Behandlungsaussicht, in spezielle Psychiatrische (Maßregelvollzugs-)Krankenhäuser eingewiesen. Die Zahl der dort Untergebrachten betrug am 31.3.2000 4.051.

Straftäter mit einem Abhängigkeitssyndrom im Hinblick auf psychotrope Substanzen werden bei hinreichend konkreten Behandlungsaussichten in spezielle Entziehungsanstalten des Maßregelvollzuges eingewiesen. Die Zahl der dort Untergebrachten betrug am 31.3.2000 1.780; zusammengerechnet befanden sich somit 5.831 Patienten in Einrichtungen des Maßregelvollzuges (vgl. Tabelle 1).

Alle anderen psychisch gestörten Straftäter, also beispielsweise Schizophrenie, die trotz ihrer Erkrankung nicht als schuldunfähig angesehen werden, können Inhaftiertenstatus erhalten, sofern keine mildere Sanktion, wie z.B. Geldstrafe, vom Gericht angeordnet wird. Als wichtige Selektionsinstanzen erweisen sich vor allem Polizei, Gerichte und Gutachter. Die Polizei schleust einen psychisch auffälligen Straftäter – der eventuell leichter als Täter identifiziert wird – unter Umständen gar nicht erst – etwa via Untersuchungsrichter – in das Justizvollzugssystem ein, sondern stellt ihn in einer psychiatrischen Einrichtung vor.

Wird von der Polizei einer psychischen Auffälligkeit keine besondere Bedeutung zugemessen oder trotzdem die Strafverfolgung fortgesetzt, kann die Staatsanwaltschaft, als Strafverfolgungsbehörde in Deutschland, das Ermittlungsverfahren einstellen, wenn der Be-

## Im Abseits der Psychiatriereform: Psychisch Kranke im Strafvollzug

Tab. 1: Untergebrachte, Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie (Alte Bundesländer einschl. West-Berlin 1970–1990, ab 1995 Deutschland) (Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden)

Jahr	Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB		Zum Vergleich	
	Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63)	Entziehungsanstalt (§ 64)	Strafvollzugsanstalt	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
1970	4222	179	35209	117596
1975	3494	183	34271	115922
1980	2593	632	42027	108904
1985	2472	990	48212	94624
1990	2489	1160	39178	70570
1995	2902	1373	46516	63807
1998	3556	1540	56661	56392
2000	4051	1780	60798	54802 <sup>1</sup>

treffende offensichtlich schuldunfähig ist und die Schwere des begangenen Deliktes keine Allgemeingefährlichkeit nahe legt. Gerichtliche Entscheidungen können im Strafbefehlsverfahren, sofern keine Einstellung erfolgt, auch ohne persönlichen Eindruck eines Betroffenen rechtskräftig werden, zumal in aller Regel nur in Verfahren mit gravierenderem Tatvorwurf psychiatrische Sachverständige herangezogen werden. Diese wiederum können, nachdem die früher nicht unübliche konventionsgeleitete [6] Beurteilung »Schizophrenie = schuldunfähig« seltener geworden ist, zu Einschätzungen gelangen, die bei gerichtlichen Sanktionen auch zu Freiheitsentzug im Justizvollzug führen. Im Einzelfall kann es von Zufallskonstellationen abhängen, ob ein psychisch Kranker im Maßregel- oder Justizvollzug untergebracht wird.

Methodisch fundierte Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Strafvollzug, die ein größeres, repräsentatives Sample einer Gefangenenpopulation mit standardisierten diagnostischen Instrumenten untersuchten und eine an internationalen Klassifikationssystemen orientierte Diagnose liefern, fehlen bislang in

1 2001

Deutschland. Lediglich in einer Studie [3] wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 90 Straftätern einer Justizvollzugsanstalt des offenen Strafvollzuges anhand des SKID-II ein Anteil von 50 % Persönlichkeitsstörungen ermittelt.

Aufgrund dieses Forschungsdefizits existieren keine aktuellen Daten, die eine angemessene Versorgungsplanung im Hinblick auf die Bedürfnisse psychisch gestörter Inhaftierter ermöglichen würden. Es fehlt damit auch eine empirische Grundlage zur Beantwortung der Frage, ob es in Deutschland – ähnlich wie andernorts [5] – zu einer Zunahme psychischer Störungen bei Inhaftierten gekommen ist, die etwa mit Folgeerscheinungen von inadäquaten Enthospitalisierungsprogrammen begründet werden kann. Speziell wird auf den Abbau psychiatrischer Betten ohne gleichzeitige Bereitstellung angemessener gemeindenaher Versorgungsmöglichkeiten einerseits und auf zu eng gefasste Kriterien einer zwangsweisen (Wieder-)Aufnahme in Psychiatrische Kliniken, bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit ohne Behandlungsbereitschaft, andererseits hingewiesen. Zur Schließung der bei auffälligem und nicht gesetzeskonformem Verhalten entstehenden Sicherungslücke wird mangels sonstiger sozialer Kontrolle dann am ehesten der Justizvollzug genutzt. Dabei sollen trotz Ausweitung, Verbesserung und Spezialisierung ambulanter Versorgungsangebote paradoxerweise die Bedürfnisse bestimmter Patienten, nämlich meist schwer chronisch kranker und mehrfach behinderter (Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörung, Organizität), immer weniger Berücksichtigung finden [14]; daraus soll die Erhöhung der Rate psychisch Kranker in Gefängnispopulationen unterschiedlicher Zusammensetzung und die Vergrößerung der Population forensisch-psychiatrischer Institutionen resultieren. Forensische Psychiater beklagen Abschiebetendenzen bei unangenehmen stationären Patienten der Allgemeinpsychiatrie durch Kriminalisierung sowie unzureichende nachsorgende ambulante Betreuung von Problempatienten, gegebenenfalls unzureichende Ausschöpfung der Möglichkeiten von Unterstützung und sozialer Kontrolle, wie z.B. der Einrichtung von Behandlungsbetreuungen.

Diese für verschiedene Länder – vor allem die USA, aber auch Österreich – beschriebene Entwicklung lässt sich für Deutschland, soweit die Zeitspanne zwischen 1970 und 1990 betrachtet wird, nicht nachvollziehen: Trotz deutlichem Bettenabbau in der Allgemeinpsychiatrie ist insgesamt nur ein geringer Anstieg der Strafgefän-

genenzahlen zu verzeichnen. Zwischen 1970 und 1980 kam es zu einer deutlichen Reduktion der in Psychiatrischen Krankenhäusern gemäß § 63 StGB Untergebrachten, deren Zahl sich bis 1990 um etwa 2500 einpendelte. Lediglich die Entziehungsanstalten gemäß § 64 StGB meldeten eine dramatische Zunahme der Belegungszahlen. Erst nach der deutschen Wiedervereinigung zeigt sich, auch unter Berücksichtigung der Bevölkerungszunahme durch die deutsche Wiedervereinigung, eine kontinuierliche Zunahme der Belegungszahlen im Maßregel- und im Strafvollzug, bei gleichzeitigem Fortschreiten des Bettenabbaus in der Allgemeinpsychiatrie in den letzten Jahren.

Die Zunahme der Strafgefangenen in Deutschland, in Verbindung mit den internationalen Beobachtungen über die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen [9], gibt Anlass, über die bestehenden Versorgungsstrukturen nachzudenken. Die stationär-psychiatrische Versorgung von Gefangenen in Deutschland ist regional sehr unterschiedlich geregelt. Eine justizeigene, also innerhalb von Justizvollzugsanstalten befindliche und den Justizbehörden unterstehende Psychiatrische Abteilung existiert lediglich in vier Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Sachsen). Dabei existiert in der deutschsprachigen Literatur bislang kein allgemein akzeptiertes Konzept einer stationär-psychiatrischen Versorgung im Justizvollzug [8]. Grundsätzlich ist im Vergleich der allgemeinpsychiatrischen mit den justizpsychiatrischen Einrichtungen festzustellen, dass die Allgemeinpsychiatrie über eine bessere personelle Ausstattung, einen höheren Ausbildungsstand des Personals und ein zeitgemäßerer Therapieangebot verfügt [10]. In den anderen Ländern erfolgt die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung der Gefangenen mit der Hilfe von externen Institutionen und konsiliarischen Fachkräften [13].

Gegenwärtig existieren in der Bundesrepublik Deutschland zehn universitäre Institutionen der Forensischen Psychiatrie und/oder Psychotherapie, die, sofern sie im Kontext des Justizvollzuges tätig werden, hauptsächlich Sachverständigenaufgaben wahrnehmen. Die Beteiligung an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Gefangenen, auch an Forschungsprojekten und Ausbildungsaufgaben des Gefängnispersonals, nimmt nur einen bescheidenen Umfang ein. Pro Jahr werden ca. zwei bis sieben Gefangene psychiatrisch und ca. 15 psychotherapeutisch ambulant behandelt. Kei-

ne universitäre psychiatrische Institution in Deutschland hält ein stationäres Angebot für Gefangene bereit [12].

Unter Berücksichtigung einer Studie aus England und Wales [4] kann man, bei vorsichtiger Schätzung, davon ausgehen, dass ca. 3 % der Gefangenenpopulation mindestens ein Mal im Jahr aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen der stationär-psychiatrischen Versorgung bedürfen. Dabei ist der Bedarf an stationären Plätzen zur Entwöhnung Suchtkranker nicht berücksichtigt, zumal bei abhängigkeitskranken Inhaftierten in der Regel auf Behandlungen außerhalb des Justiz-, aber auch des Maßregelvollzuges gesetzt wird.

Die stationär-psychiatrische Behandlung von Gefangenen in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen stößt häufig auf Sicherheitsbedenken von Seiten der Vollzugsbehörden. Die daraus resultierende Vermeidungshaltung findet Widerhall bei den Behandlungsinstitutionen, die, sofern sie die Behandlung von Gefangenen nicht grundsätzlich ablehnen – in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz wird in zwei Drittel der allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen kein Gefangener behandelt –, Behandlungsindikation, Behandlungsbereitschaft oder therapeutische Ansprechbarkeit eingewiesener Patienten in Frage stellen und auf institutionsschädliche Einflüsse von der Beeinträchtigung des therapeutischen Klimas über Demotivation bis zur Rückfallprovokation therapiebereiter Mitpatienten hinweisen [10]. Speziell wird geltend gemacht, dass Gefangene andere Patienten beunruhigen, Disziplinschwierigkeiten bereiten und eine stärkere Anspruchshaltung an den Tag legen. Bezogen auf die Gesamtaufnahmezahl der Gefangenen in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, erfolgte im Jahre 1997 eine stationär-psychiatrische Behandlung bei 0,1 % bis 2,3 % in Abhängigkeit von der betreffenden Justizvollzugsanstalt [10].

In einer Befragung aller Maßregelvollzugseinrichtungen Deutschlands war zu erfahren, dass sich insgesamt 17 Kliniken aus zehn Bundesländern an der stationären, vier von ihnen (in vier Bundesländern) auch an der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Gefangenen beteiligen. Die Gesamtzahl der stationär behandelten Gefangenen betrug im Jahre 1996 187. Davon waren 184 männlichen und drei weiblichen Geschlechts. Von zwei männlichen Gefangenen abgesehen, handelte es sich ausschließlich um Erwachsene. Dies sind 0,085 % der Summe der Gesamtzahl der Gefangenen der entsprechenden zehn Bundesländer [11].

Diese Daten sind für sich genommen nur begrenzt aussagekräftig. Hilfreich wäre eine Gegenüberstellung mit dem (tatsächlichen) Bedarf an stationär-psychiatrischer Versorgungskapazität im deutschen Justizvollzug. Dies ist jedoch nicht ohne weiteres möglich, weil eine zuverlässige Erhebung über einen solchen Bedarf nicht vorliegt. Bei der Ermittlung des potenziellen psychiatrischen Versorgungsbedarfes in Justizvollzugsanstalten ist außerdem mit Erhebungslücken zu rechnen, die sich aus der unterschiedlichen Handhabung der Annahme von Haftunfähigkeit gemäß § 455 StPO (ggf. in Verbindung mit öffentlich-rechtlicher Unterbringung) und der vorläufigen Unterbringung gemäß § 126a StPO in verschiedenen Bundesländern ergeben dürften, möglicherweise auch in Abhängigkeit von der örtlichen psychiatrischen Versorgungssituation (z.B. häufigere Annahme von Haftunfähigkeit bei psychisch kranken Inhaftierten, für die die psychiatrische Versorgungssituation in Haft problematisch erscheint).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Versorgung von Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten wesentlich von zwei Parametern beeinflusst wird: Vom Grad der Verhaltensauffälligkeit des Gefangenen und vom Grad der Verfügbarkeit der Versorgung. In der Praxis zeigt sich, dass insbesondere chronisch psychisch gestörte bzw. kranke Gefangene, die sich im Alltagsbetrieb des Gefängnisses nicht sonderlich störend bemerkbar machen, nicht immer zu einer Vorstellung beim Psychiater gelangen (und zwar besonders dort, wo eine solche mit Aufwand verbunden ist), obwohl diese Patienten auch im Hinblick auf die Problematik ihrer sozialen (Re-)Integration durchaus psychiatrischer Betreuung bedürfen würden.

Diese Situation steht in Kontrast zu dem Umstand, dass die Maßregelvollzugseinrichtungen nach Anzahl und räumlicher Verteilung durchaus ein geeignetes und effizientes psychiatrisches Versorgungsnetz für den Justizvollzug darstellen könnten. Stellt man die Frage, ob es sinnvoll wäre die Kooperation stärker auszubauen, so stößt man zumeist auf folgende Einwände:

- Von der Organisation her: Der Maßregelvollzug ist bereits mit der Erfüllung der eigenen Aufgaben überlastet. Fast überall werden Aufnahmedruck, Überbelegung, Mangel an Mitteln und Fachpersonal geltend gemacht, auch wenn sich die Personalsituation nach neueren Erhebungen [2] verbessert hat.

- Vom Konzept her: Die therapeutische Richtung im Maßregelvollzug weist nach außen. Therapeutische Fortschritte gehen Hand in Hand mit Lockerung der Sicherheitsvorkehrungen, bis zur Entlassung in die Freiheit. Werden psychisch kranke Inhaftierte zur Behandlung gemäß § 65 StVollzG in eine Maßregelvollzugs- (oder andere Einrichtung) verlegt, sollen sie, unter ständiger Einhaltung von – mitunter aufwändigen – Sicherheitsauflagen behandelt und schließlich in den Regelhaftbereich entlassen werden. Dies würde die Durchführung von therapeutischen Programmen – zu denen in Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf notwendigerweise auch Lockerungen gehören – beeinträchtigen, außerdem würde sich auf der Station die gleichzeitige Anwesenheit von Patienten mit gegensätzlichen Lockerungsperspektiven ungünstig auf die therapeutische Atmosphäre auswirken.
- Von der Klientel her: Häftlinge bereiten Disziplinprobleme, gelten oft als nicht therapiemotiviert und als ein Störfaktor in der Abteilung.

Diese Bedenken sind nachvollziehbar, ließen sich jedoch durch geeignete Organisationsstrukturen überwinden. Ein Kooperationsmodell für die psychiatrische Versorgung der Gefangenen, das diesen Argumenten Rechnung trägt, könnte wie folgt gestaltet werden:

Die ambulante psychiatrische Versorgung, von den Ärzten des Maßregelvollzugs durchgeführt, umfasst die konsiliarische Betreuung der Gefangenen, die Krisenintervention und, in Einvernehmen mit der Anstaltsbehörde, die Einweisung der stationär behandlungsbedürftigen Patienten auf der Rechtsgrundlage des § 65 StrVollzG. Denkbar wäre die Verknüpfung mit einer, so vorhanden, maßregelvollzugeigenen Institutsambulanz. Im stationären Bereich der Maßregelvollzugeinrichtung erfolgen Diagnostik, Akutbehandlung und ggf. Einstellung auf (Depot-)Medikation unter begleitender Psychotherapie und anderen nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren wie Ergotherapie.

Nach Abklingen der akuten Symptomatik werden Patienten, die weiter psychiatrisch betreuungsbedürftig sind, auf eine »Nachsorgestation« in den Justizvollzug verlegt. Nachsorgestationen sind Vollzugsabteilungen, die mit Sozialarbeitern und mit besonders geschultem Stationspersonal ausgestattet sind und vom medizinischen

Dienst (Ärzten und Krankenpflegern) des Justizvollzuges in Kooperation mit den Konsiliarpsychiatern betreut werden. Ziel der Nachsorge ist die Stabilisierung oder weitere Verbesserung des psychischen Zustandes der Gefangenen, die ihre Integration in den Regelvollzug oder in eine sozialtherapeutische Abteilung ermöglicht. Mit einer solchen Einrichtung sind im Berliner Justizvollzug über Jahre gute Erfahrungen gemacht worden [8]. Bei Bindung der psychisch kranken Gefangenen an eine Institutsambulanz könnte diese auch nach Haftentlassung in Kooperation mit dem bestehenden regionalen Versorgungsnetz eine – bislang in vielen Fällen unbefriedigende – Weiterbetreuung anbieten.

Dieses Modell würde vor allem folgende Vorteile bieten:

Die Kontinuität der ärztlichen Betreuung im ambulanten und stationären Bereich gewährt den behandelnden Ärzten der Maßregelvollzugeinrichtung einen besseren Überblick über den Patienten und seinen Krankheitsverlauf; dadurch verbessert sich die Grundlage therapeutischer Entscheidungen. Ebenfalls dürfte sie für ein gutes Arzt-Patientenverhältnis von großem Vorteil sein.

Die Möglichkeit einer Weiterbehandlung auf einer Nachsorgestation trägt zu einer Verringerung der Aufenthaltsdauer im stationären Bereich der Maßregelvollzugeinrichtung bei, somit zu einer Entlastung und Kostensenkung. Als Alternative zu einer Finanzierung einer justizeigenen stationär-psychiatrischen Einrichtung käme eine Finanzierung von Betten bzw. von Personalstellen im Maßregelvollzug in Betracht.

Aber auch der Maßregelvollzug könnte von dieser Kooperation profitieren: Das psychiatrische Betätigungsfeld im Maßregelvollzug würde durch dasjenige des Justizvollzuges eine wertvolle Ergänzung durch ein andersartiges Spektrum an Störungsbildern erfahren. Darüber hinaus würde die Beteiligung des Maßregelvollzuges an der Pflege der psychischen Gesundheit der Gefangenen im Kontext gemeinsamer Resozialisierungsziele mit dem Justizvollzug seinen politischen und sozialen Stellenwert beträchtlich erhöhen.

Als der Maßregelvollzug 1933 etabliert wurde, waren die Leitsätze des Justizvollzuges »Sühnen und Strafen«. Seit der Strafvollzugsreform Mitte der 70er-Jahre ist dagegen Ziel des Vollzuges die Resozialisierung der Täter (§ 2 StrVollzG). So bewegen sich die Aufgaben des Maßregelvollzuges und des Strafvollzuges von der gesetzlichen Vorgabe her auf dasselbe Ziel zu. In der Praxis zeigen

sich Annäherungstendenzen in der zunehmenden Ausgestaltung äußerer Sicherheitsvorkehrungen und in der Angleichung der Maßregelgesetze an strafvollzugsgesetzliche Bestimmungen in den Neufassungen der letzten Jahre.

Die psychiatrische Behandlung von Gefangenen bezweckt nicht allein die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Haftfähigkeit, vielmehr erfüllt sie eine wichtige Rehabilitationsaufgabe, sofern sie bestrebt ist, den psychisch kranken Gefangenen in die Lage zu versetzen, die Sozialisierungsangebote des Vollzuges und der Sozialtherapie wahrzunehmen. Schließlich zeigte sich in einer Studie mit einem quasi-experimentellen Design, dass eine Behandlung von Gefangenen nach dem Modell einer extramuralen ambulanten psychotherapeutischen Versorgungseinrichtung auch zu einer verbesserten Legalprognose führt: Die Rückfallbelastung (erneute Straffälligkeit) der mit mindestens 20 Sitzungen behandelten Straftäter war mit 35,9 % nach im Durchschnitt vier Jahren erkennbar geringer als die mit 47,4 % einer unbehandelten Vergleichsgruppe aus dem Regelvollzug [15].

Eine intensive Beteiligung des Maßregelvollzuges an der Behandlung und Rehabilitation von psychisch kranken Gefangenen im Justizvollzug erscheint somit als keine vom Ansatz her fremde Aufgabe. Darüber hinaus könnte durch sie eine Effektivitäts- und Qualitätssteigerung psychiatrischer Arbeit im Justizvollzug erzielt werden. Von Seiten des Justizvollzuges sind wahrscheinlich Kostenfragen, Sicherheitsbedenken, besonders aber Schwerfälligkeit der Planung und der Organisation Gründe der Zurückhaltung in der Gestaltung von Kooperationsmöglichkeiten mit dem Maßregelvollzug. Die Überwindung dieser Hindernisse würde beiden Institutionen zugute kommen und eine intensivere Kooperation fördern; nicht zuletzt würde sich dadurch der Rahmen für effiziente Möglichkeiten erweitern, jedem psychisch kranken Gefangenen diejenige Therapie zukommen zu lassen, die seinem Leiden angemessen ist.

## Literatur

1. COUNCIL OF EUROPE: Penological Information Bulletin. Council of Europe; Strasbourg 2000
2. DAHLE, K. P.: Zur Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten in

- den neuen Bundesländern. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 53. Nomos, Baden-Baden 1995
3. FRÄDRICH, S., PFÄFFLIN, F.: Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18, 2000, S. 95–104
4. GUNN, J., MADEN, A., SWINTON, M.: Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal*, 303, 1991, S. 338–341
5. JEMELKA, R., TRUPIN, E., CHILES, J.A.: The Mentally Ill in Prisons: A Review. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1989, S. 481–491
6. KONRAD, N.: Der so genannte Schulenstreit – Beurteilungsmodelle in der Forensischen Psychiatrie. *Psychiatrie-Verlag, Bonn* 1995
7. KONRAD, N.: Leitfaden der forensisch-psychiatrischen Begutachtung. Thieme, Stuttgart 1997
8. KONRAD, N.: Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: VENZLAFF, U., FOERSTER, K. (eds.): *Psychiatrische Begutachtung*. Urban & Fischer, München, Jena 2000
9. KONRAD, N.: Psychiatrie in Haft, Gefangenschaft und Gefängnis. In: HELMCHEN, H., HENN, F.A., LAUTER, H., SARTORIUS, N. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. 4. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2000
10. KONRAD, N., MISSONI, L.: Psychiatrische Behandlung von Gefangenen in allgemeinpsychiatrischen Einrichtungen am Beispiel von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. *Psychiatrische Praxis*, 28, 2001, S. 35–42
11. Missoni, L., KONRAD, N.: Beteiligung des Maßregelvollzuges an der psychiatrischen Versorgung von Straf- und Untersuchungsgefangenen in Deutschland. *Recht & Psychiatrie*, 16, 1998, S. 84–90
12. Missoni, L., KONRAD, N.: Forensische Psychiatrie und Haftpsychiatrie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 82, 1999, S. 365–371
13. MISSONI, L., REX, R.: Strukturen psychiatrischer Versorgung im deutschen Justizvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 46, 1997, S. 335–339
14. SCHANDA, H.: Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatrische Praxis*, 27, 2000, S. 72–76
15. SCHNEIDER, V.: Zur rückfallpräventiven Effizienz einer außergewöhnlichen Behandlungsinstitution. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin 1999

## Im Abseits der Psychiatrie-Reform: Psychisch Kranke in Maßregel- und Strafvollzug

Nahlah Saimeh

Zusammen mit Herrn Prof. Konrad wurde ich gebeten, zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten im psychiatrischen Strafvollzug und Maßregelvollzug sowie zu ihrer Verzahnung Stellung zu nehmen.

Da psychisch kranke Straftäter und straffällig gewordene psychisch Kranke zwei Gemeinsamkeiten haben, nämlich die Straffälligkeit und das psychische Kranksein, erscheint es sinnvoll, sich mehreren Punkten zu widmen:

- Wer kommt wohin?
- Der psychiatrische Konsiliardienst in der JVA Bremen
- Probleme des psychiatrischen Konsiliardienstes
- Was der Maßregelvollzug von der Allgemeinen Psychiatrie erwartet?
- Zur Verlagerung von Problemen der allgemeinen Psychiatrie in den Maßregelvollzug und Strafvollzug

### Wer kommt wohin?

In den Strafvollzug kommen all diejenigen Straftäter, die eine Straftat begangen haben, die nicht in kausalem Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht und die nicht auf Grund dieser psychischen Erkrankung de- oder exkulpiert wurden.

In den Maßregelvollzug gem. § 63 StGB führt das Zusammen treffen von fünf Faktoren:

1. Eine Straftat muss von einem psychisch Kranken begangen worden sein.
2. Sie muss in ursächlichem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung stehen.
3. Es muss eine De- oder Exkulpation erfolgen.
4. Die durch die Tat zu Tage getretene Gefährlichkeit muss im Rahmen der Erkrankung fortbestehen, d.h., die psychische Störungen darf nicht nur vorübergehender Natur sein.
5. Die fortbestehende Gefährlichkeit muss erheblich sein.

Bei den in Rede stehenden psychischen Störungen handelt es sich um endogene und exogene Psychosen, Minderbegabung oder schwere Persönlichkeitsstörungen einschließlich schwerer Dissexualität.

Nach § 64 StGB werden Menschen mit ursächlicher Suchterkrankung in eine Klinik eingewiesen, sofern ihre Behandlung nicht von vornherein aussichtslos erscheint. Leygraf hat zu Recht darauf hingewiesen, dass psychisch Kranke im Maßregelvollzug oftmals hinsichtlich ihrer Dissozialität eher Strafgefangenen gleichen als psychisch Kranken in der Allgemeinen Psychiatrie. Hier beginnt der Graubereich:

Eine Vielzahl der forensischen Patienten hat lange Haftkarrieren hinter sich und in den Haftanstalten befindet sich eine große Anzahl von Menschen mit erheblichen Persönlichkeitsstörungen, die nicht de- oder exkulpiert und damit nicht in die forensische Psychiatrie eingewiesen wurden. Dies betrifft Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder schwerer Dissozialität.

Auch in der gutachterlichen Bewertung von Persönlichkeitsstörungen ist ein gewisser Graubereich nicht zu verheimlichen. Insofern kann man durchaus zu der Ansicht gelangen, dass hüben wie drüben, im Straf- und im Maßregelvollzug zuweilen ähnliche Straftäter bzw. Patienten sitzen. Dennoch unterscheiden sich die Diagnosespektren dahingehend, dass in Maßregelvollzugskliniken, den gesetzlichen Grundlagen entsprechend, keine Patienten mit vorübergehenden psychischen Störungen vorkommen, die in der Psychiatrie des Justizvollzugs jedoch eine nicht unerhebliche Anzahl ausmachen.

### Psychisch Kranke im Bremer Strafvollzug

Sofern eine Haftanstalt keine Psychiatrische Abteilung eines Vollzugskrankenhauses besitzt, werden in der Bundesrepublik Strafgefangene zur psychiatrischen Behandlung entweder den Maßregelvollzugskliniken oder den Kliniken der Allgemeinen Psychiatrie zugewiesen.

Hinsichtlich der Behandlung akuter psychischer Störungen im Strafvollzug hat sich in Bremen seit langem eine Kooperation zwischen Forensischer Klinik und Justizvollzug ergeben: Zunächst gab es einen psychiatrischen »Konsiliardienst-on-demand«, seit Sommer

2001 hat die Forensische Klinik einen festen Konsiliardienst eingerichtet, der einmal pro Woche im Lazarett der JVA vorgestellte Patienten versorgt. Dieser zeitliche Korridor reicht, um ungefähr fünf Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Damit können pro Jahr 250 Patienten gesehen werden, einschließlich Wiedervorstellungen. Dies wurde erst durch die Einrichtung des festen Konsiliardienstes möglich.

Gleichwohl handelt es sich nur um einen wirklichen Krisendienst. Eine ausgedehnte psychotherapeutische Behandlung ist nicht möglich. Die Intervention bezieht sich im Wesentlichen auf die Behandlung von kurzfristigen emotionalen Befindlichkeitsstörungen, der Behandlung psychotischer Episoden und der Begleitung von Medikamentenentzügen, wobei ungefähr 30 % der von uns gesehenen Patienten kurz- oder mittelfristig auf die Lazarettstation der JVA verlegt werden. Die Umsetzung der therapeutisch-konsiliarischen Empfehlungen erfolgt durch den Leitenden Arzt des Lazaretts. Bisher wurde auch die stationäre Behandlung von im Strafvollzug psychisch Erkrankten von der Forensischen Klinik durchgeführt. Die psychiatrische Notfallversorgung inkl. notfallmäßiger Einweisung in die Klinik außerhalb der Kernarbeitszeiten wird vom sozialpsychiatrischen Dienst übernommen.

Angesichts der in Bremen wie andernorts stattfindenden Überbelegung der verfügbaren Betten, kann diese Aufgabe zurzeit nicht mehr bewältigt werden. Sie fällt nunmehr, wie in anderen Bundesländern auch, der Allgemeinen Psychiatrie zu. Berechnungen haben ergeben, dass wir gut zwei Betten durchgehend pro Jahr mit Strafgefangenen im stationären Setting belegen könnten, wobei hier die Indikation vor allem im Bereich der Behandlung länger währender suizidaler Krisen und psychotischer Störungen liegt.

Zur Verweildauer von Strafgefangenen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung in der Forensischen Klinik kann ich daher gegenwärtig nur wenig sagen. Sie sind über die Jahre zurückgegangen von 60 bis 90 Tage auf nur wenige Tage, wobei zuletzt, auf Grund der durch den Aufnahmepressure bedingten raschen Rückverlegungen, fraglich wurde, ob die kurzfristige stationäre Aufnahme in der Forensischen Klinik nicht mehr Verwirrung als Entlastung für den Patienten stiftete.

Wir haben allerdings in der Klinik den Sonderfall eines Patienten mit schizotyper Persönlichkeit, der aus der JVA, als zu rehabili-

tierender Strafgefangener, seit einigen Jahren in unserer Klinik behandelt wird. Auch dies ist jedoch nicht unproblematisch, da der Justizvollzug in diesem Fall über Lockerungen, die therapeutisch indiziert wären, entscheidet, diese, im Hinblick auf das von dem Patienten begangene Tötungsdelikt, jedoch ablehnt.

Über die medizinisch-psychiatrische Versorgung hinaus beginnen wir aktuell mit einer Fortbildungsreihe für Beamte des Justizvollzuges und des Lazaretts zu ausgewählten alltagspsychiatrischen und forensisch-psychiatrischen Themen. Wir halten dazu zweimal im Monat einen einstündigen Unterricht ab. Es wird sich noch zeigen, wie viele Vollzugsbeamte tatsächlich über die laufende Zeit an dem Curriculum teilnehmen können. Ziel ist es, psychiatrische Basiskennnisse zu den Themen schizophrene Psychose und artverwandte Störungen, Depression, Suizidalität, autoaggressives Verhalten, Suchterkrankungen, Sexualdelinquenz und Maßregelvollzugsbehandlung zu vermitteln.

Es spricht meiner Ansicht nach viel für die funktionelle Verzahnung von Psychiatrie im Strafvollzug und im Maßregelvollzug und für die Übernahme der stationären Behandlung durch die Forensische Klinik:

Die bauliche Sicherheit ist gewährleistet, eine zusätzliche Rundum-die-Uhr-Bewachung durch Vollzugsbeamte entfällt. Für die Allgemeine Psychiatrie ist ein Setting mit Bewachung von Patienten durch Vollzugsbeamte sehr nachteilig. Eine Unterbringung gemäß PsychKG, welche zur Haftunterbrechung führt, ist nicht notwendig. Zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Weiterbetreuung im Konsiliardienst ergibt sich eine Kontinuität zu Gunsten der Behandlungsstringenz. Dies ist jedoch nur zur gewährleisten, wenn die offizielle Zuschreibung dieser Aufgabe auch mit der entsprechenden Vorhaltung von Behandlungsplätzen einher geht. Die Diagnosen verteilen sich in unserem Konsiliardienst auf

- 40 % psychotische Störungen,
- 25 % Suchterkrankungen,
- 20 % Anpassungsstörungen einschl. suizidaler Krisen,
- 10 % Persönlichkeitsstörungen und
- 5 % hirnorganischer Störungen.

Das mittlere Alter der Patienten des psychiatrischen Konsiliardienstes liegt bei 28 Jahren.

Bei Entlassung aus dem Strafvollzug wird dem Patienten über den ärztlichen Leiter des Lazarett ein Arztbrief des Konsiliarztes zur ärztlichen Weiterbehandlung überreicht. Gelegentlich wird auch durch das Lazarett ein Nervenarzt am Entlassungsort des Patienten/Straftäters vermittelt.

Die Realität der konsiliarpsychiatrischen Versorgung ist nicht frei von Problemen: Vor allem Medikamente werden häufig zur Tauschware gegen Drogen, der weit verbreitete Substanzkonsum führt psychiatrische Behandlung *lege artis ad absurdum*. Die Räumlichkeiten, die vom Lazarett vorgehalten werden, sind aus psychiatrischer Sicht eher als kontratherapeutisch anzusehen. Auch fehlt es, vor allem für psychisch kranke U-Häftlinge, an strukturierter Tätigkeit im Alltag im Sinne eines ergotherapeutischen Angebotes.

#### Im Maßregelvollzug sehen die Verhältnisse anders aus

Wenngleich die Auslastung forensischer Behandlungsplätze, wie in den anderen Bundesländern auch, bei 140 % liegt, so verfügt doch ein Großteil der forensisch untergebrachten Patienten über ein therapeutisch gestaltetes Wohn- und Lebensmilieu. 37 Patienten haben Einzelzimmer und alle bekommen ein differenziertes multimodales Therapieangebot mit hohem Grad an Verbindlichkeit. Der Herauslösung aus dem bisherigen sozialen Kontext steht eine neue therapeutisch-anehmende Beziehungsstruktur gegenüber. Verglichen mit der Einschränkung des Aktionsradius' in Haft durch Einschluss, ist der Aktionsradius der Patienten, auch der nicht »gelockerten«, vergleichsweise groß.

Gewaltsame Übergriffe gegen vor allem pädosexuelle Straftäter finden nicht statt. Damit ist die individuelle Sicherheit, hinsichtlich körperlicher Unversehrtheit, anders als im Strafvollzug, sehr groß. Ebenso sind selbstschädigende Handlungen und Suizidversuche eher seltene Ereignisse, was möglicherweise mit der Intensität der Betreuung innerhalb des Maßregelvollzuges und der aufgebauten Beziehungsstruktur zusammenhängt.

Das Problem des unerlaubten Substanzkonsums innerhalb der Klinik ist vergleichsweise gering, die Behandlung ist auf einen Rehabilitationsplan ausgerichtet, sofern, angesichts der Schwere der Störung, der Schwere des Delikts und der Therapieprognose, eine Rehabilitation diskutiert werden kann.

Wir haben in der Klinik eine Diagnoseverteilung von  
40 % Psychosen,  
35 % Persönlichkeitsstörungen,  
15 % Suchtkranken,  
10 % Minderbegabung.

Die durchschnittliche Verweildauer beträgt wie im Bundesdurchschnitt 6,5 Jahre, bei insgesamt steigender Tendenz. Die Weiterbehandlung nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug wird in Bremen seit knapp 25 Jahren durch die forensische Nachsorge der Klinik gewährleistet. Ein Arzt und ein Psychologe mit je einer halben Stelle betreuen die Patienten in regelmäßigen ambulanten Terminen, Hausbesuchen und Wohngruppenbesuchen.

#### Der Gemeindepsychiatrische Aspekt

Nun ist die Forensische Klinik ein eigenartiger psychiatrischer Zwitter: Ihre Spezialisierung ist nicht auf Diagnosen bezogen, gleichwohl ist nur ein bestimmtes Spektrum an Diagnosen in der Klinik vertreten. Ihre Spezialisierung, die sie zu einer Art »gesamtgemeindepsychiatrischen Institution« macht, liegt in der Spezialisierung auf dem Gebiet der Delinquenz bei psychischer Störung. Sie hat keine sektorale Versorgungsaufgabe, außer der, dass sie, als einzige Maßregelvollzugsklinik im Bundesland Bremen, sozusagen den »Sektor« Bremen bedient. Sie arbeitet aber im rehabilitativen Bereich mit sektorbezogenen, gemeindepsychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen zusammen. Hier besteht eine enge Kooperation, wenngleich die forensische Nachsorge wiederum strikt für die forensischen Patienten zuständig ist – unabhängig von ihrem Wohnort nach Entlassung.

Dies erscheint aber im Hinblick auf die legalprognostisch-präventive Verantwortung, die die Klinik auch für die bedingt entlassenen Patienten übernommen hat, gerechtfertigt. Es ergibt sich so eine enge Zusammenarbeit mit der Großen Strafvollstreckungskammer (Gr. StVK) und zuweilen auch ein rascher Zugriff auf rückfallgefährdete Patienten. Aktuell befinden sich in Bremen 32 Patienten in der Nachsorge. Schwerpunktmäßig werden hier Patienten mit schizophrenen Psychosen, aber auch solche mit schweren Persönlichkeitsstörungen und mit vorangegangener Sexualdelinquenz weiter betreut.

### Zum Verhältnis von Straf- und Maßregelvollzug zur allgemeinen Psychiatrie

Die Frage »Was erwarten Straf- und Maßregelvollzugskliniken von der Allgemeinen Psychiatrie?« und das Thema »Verlagerung von Problemen der allgemeinen Psychiatrie in den Maßregelvollzug und Strafvollzug« hängen nach meinem Dafürhalten zusammen. Ich werde allerdings strikt aus der Sicht des Maßregelvollzugs dazu Stellung nehmen.

Schanda beschreibt in seinem Artikel zur Versorgungssituation psychisch kranker Rechtsbrecher [1], dass durch die systematische Reduktion stationärer Behandlungsplätze, die Verkürzung der Verweildauern und den Abbau von Betreuungsplätzen im psychiatrischen Langzeitbereich eine Zunahme von Patienten im forensisch-psychiatrischen Behandlungssystem sowie im Strafvollzug zu verzeichnen sei. Patienten mit Mehrfachbehinderungen und Non-compliance würden als Risikogruppe für Gewalttätigkeit zunehmend »forensifiziert«. Um hierzu Stellung zu nehmen, drehe ich den Denkansatz einmal um und behaupte spiegelbildlich dazu: Wenn man die Verweildauern verlängern würde und es mehr Langzeiteinrichtungen für psychisch Kranke gäbe, würden weniger Patienten davon in der Forensik landen.

Ich zitiere weiter Schanda und nehme nachfolgend zu beiden Thesen Stellung: »Durch die Tendenz der Allgemeinpsychiatrie, sich dem ethischen Dilemma einer Behandlung im Zwangskontext zu entziehen, läuft der forensisch-psychiatrische Behandlungsvollzug Gefahr, als Instrument sozialer Kontrolle missbraucht zu werden.« [1; S. 575]

Den Zeiger der Schuld, den Schanda hier auf die Allgemeine Psychiatrie richtet, möchte ich zunächst einmal weiter drehen, auf das juristisch-psychiatrische Spannungsfeld, in dem Behandlung stets stattfindet. Auch scheint Schanda in diesem Zusammenhang das eigentliche Opfer in den Forensischen Kliniken zu sehen, wobei das Opfer doch wohl der forensifizierte Patient wäre und keinesfalls die Institution.

Welche Patienten sind besonders betroffen? Vor allem sind es die Suchtpatienten und die schizophrenen Patienten, die von der Prävention durch ein engmaschiges sozialpsychiatrisches System profitieren können. Die Verkürzung von Verweildauern hinsichtlich der

stationären Behandlung ist meiner Ansicht nach weniger das Problem als vielmehr die zunehmende Zurückhaltung in Bezug auf die Beiordnung von Behandlungsbetreuungen und die rechtzeitige Zuweisung zu stationären Versorgungseinrichtungen sowie die strikte Überwachung ambulanter psychiatrischer Kontakte und des Lebensumfeldes des erkrankten Patienten.

Für den Fall komorbider Patienten mit Sucht und Psychoseerkrankung oder Persönlichkeitsstörung und Psychose ist es im Sinne der Prävention einer forensischen Karriere sicher unabdingbar, eine engmaschige Behandlungsanbindung an stationäre und ambulante psychiatrische Einrichtungen herzustellen. Dies kann aber oftmals nur unter Zuhilfenahme eines Betreuers geschehen und schließt die unfreiwillige Behandlung mit Psychopharmaka mit ein. Es dürfte auch die nachhaltige Zuführung zu suchttherapeutischen Maßnahmen betreffen.

Es geht aber hierbei nicht darum, der Forensischen Klinik Leid zu ersparen, sondern es geht bei diesem sicher etwas autoritär-fürsorglichen Schritt darum, dem Patienten zu ersparen, dass er schick-salhaft durch die Maschen des sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes fällt, damit irgendwann tatsächlich im Rahmen einer Straftat forensifiziert wird und viel langfristige und gravierendere Einbußen seiner Freiheit hinzunehmen hat. Den Aspekt der Prävention aus Sicht des Opferschutzes lasse ich hier ganz außen vor. Ich habe vielmehr den Eindruck gewonnen, dass sich die Allgemeine Psychiatrie mitunter gar nicht dem »ethischen Dilemma der Zwangsbehandlung« entziehen will, sondern dass sie nicht immer so kann, wie sie möchte. Dies liegt an den rechtlichen Rahmenbedingungen und ihrer regional durchaus unterschiedlichen Anwendung. Für den Bereich der persönlichkeitsgestörten Patienten ist der Fall ohnehin diffiziler, da die Störung oftmals erst durch das Anlassdelikt apparent wird oder dissoziale Verhaltensauffälligkeiten zunächst zu wiederholten Verurteilungen führen, bis ein gravierendes Delikt plötzlich einen anderen diagnostischen Fokus induziert.

Eine Verlagerung von Aufgaben in den Maßregelvollzug ist im Bereich der Einweisungen zu diskutieren: Durch Fehlzweisungen vor allem auf Grund von wiederholten Bagatelldelikten Schizophrener gerät die Forensik tatsächlich immer wieder in Gefahr, als Instrument zur Kontrolle des »sozial Lästigen« missbraucht zu werden. Auf der anderen Seite bietet sich die Einweisung von Menschen

hochgradiger Gefährlichkeit ohne psychische Störung aus Sicht der Juristen in die Forensik an, um eine zeitlich unbegrenzte Sicherung zu ermöglichen. Auch dies eine missbräuchliche Anwendung. Es muss immer wieder trennscharf darauf hingewiesen werden, dass auch eine schwer dissoziale Persönlichkeit nicht a priori die Kategorie der so genannten »schweren anderen seelischen Abartigkeit« erfüllt, wenngleich es unter legalprognostischen Kriterien sicherlich sinnvoll wäre, darüber nachzudenken, therapeutische Spezialkonzepte in Bezug auf Dissozialität zum Bestandteil des Strafvollzuges zu machen, da bekannt ist, dass gerade Dissoziale durch Strafe nicht lernen und dank ihres Mangels an antizipatorisch geleitetem Handeln, durch folgenschwere Konsequenzen nicht zu beeindrucken sind. Damit werfe ich die Frage der »Psychotherapeutisierung« des Strafvollzuges auf. Aber das ist ein anderes Thema ...

#### Literatur

1. SCHANDA, H.: Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? Psychiatrische Praxis, 27, 2000, S. 72–76

## IV. Anforderungen und Erwartungen im Diskurs

## Innovation der psychiatrischen Krankenhausbehandlung: Was die Psychiatrie-Erfahrenen von den Kliniken erwarten

Regina Kucharski

Lieber Leser der Tagungsdokumentation,

am 01.12.2001 hielt ich zu o.g. Thema eine zwanzigminütige Rede als Vertreterin des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. Zuvor hatte ich alle Vorstände angeschrieben, um zu erfahren, was ihnen wichtig sei. Ich bekam zwei Briefe, einen sogar aus der Forensik. Die Punkte für die Rede habe ich mit zwei anderen Betroffenen bei uns vor Ort entwickelt und so habe ich bei der Vorbereitung einige Gespräche mit Psychiatrie-Erfahrenen geführt.

Zentrale Aspekte meines Referats sind Spezialisierung, Ausbildung von Professionellen, Diagnostik, Behandlung, Ort der Behandlung, Atmosphärisches, Allgemeines zu Bausteinen, Kontrolle des Psychiatrischen Krankenhauses und Normalität auch für uns Betroffene.

Ein Anliegen bei meinem Vortrag war, nicht auf einer appellativen Ebene zu verharren, sondern Strukturen, Maßnahmen zu entwickeln, die dann die psychiatrisch Tätigen dazu bringen, so zu arbeiten, wie wir es gerne hätten.

### Spezialisierung

Ich habe bei der Vorbereitung auf mein Referat auch Kontakt zu Leuten mit multipler Persönlichkeitsstörung aufgenommen, darüber hinaus noch mit Betroffenen, die ADS oder autistische Störungen haben, mit Psychose- und Depressionserfahrenen. Ich selbst war das erste Mal mit dreieinhalb Jahren in der Psychiatrie.

Ich und auch andere können sich nicht vorstellen, dass ein Psychiater alles gleich gut kann. Aus Erfahrungen, die andere und die ich selbst gemacht habe, weiß ich, dass die meisten Psychiater viele psychische Eigenheiten nicht erkennen würden, weil sie davon keine Ahnung haben. Vielleicht ist ja in einem Punkt die Anlehnung an die Körpermedizin auch für die Psychiatrie ganz hilfreich: Es wird, so wie es Allgemeinmediziner gibt, auch Allgemeinpsychiater geben müssen und dann Spezialisten. Dass jemand dann mehrfach be-

troffen, z.B. multipel ist und Zwänge hat oder, was bisher kaum im Bewusstsein ist, dass jemand Sucht und Psychose hat, wird in Zukunft statistisch viel häufiger auftreten. Tatsächlich gibt es das ja heute schon, nur ist das offiziell noch nicht so bewusst. Es wird dann sinnvoll sein, dass mehrere Spezialisten zusammenarbeiten. Dies muss natürlich auch Konsequenzen auf die Supervision haben. Auch hier ist es sinnvoll, wenn in Zukunft für eine Supervision mehrere Supervisoren aus verschiedenen Spezialgebieten herangezogen werden.

### Ausbildung von Ärzten und anderen psychiatrischen Professionellen

Häufig wird von Psychiatrie-Erfahrenen-Kreisen gefordert, dass man uns mit mehr Respekt begegnen soll, dass die Psychiatrie menschlicher werden soll usw. Ich möchte das eigentlich nicht alles wiederholen. Ich habe mir Gedanken gemacht, warum das so ist. Wenn man sich die psychiatrischen Lehrbücher ansieht, wimmelt es darin nur so von sprachlichen Abwertungen. Die ICD ist für mich ein großes Schimpfwortarsenal. Und ich finde es widersprüchlich, wenn auf der einen Seite ein menschlicher Umgang postuliert, auf der anderen Seite aber das Wissen über psychische Eigenheiten in einer ganz unmenschlichen Sprache vermittelt wird. Dies kann nicht funktionieren. Deswegen muss das Bild von psychischen Eigenheiten, das in der Ausbildung von Professionellen vermittelt wird, aus einer anthropologisch-philosophischen Sicht gezeichnet werden, sodass psychische Andersartigkeit aus dem »normalen« Menschsein heraus verstanden wird. Dann wird sich auch an der so genannten Grundhaltung uns Psychiatrie-Erfahrenen gegenüber etwas ändern und die Psychiatrie wird dadurch objektiver werden als heute, da sie sich eher abwertend gegenüber den psychisch andersartigen Menschen verhält.

### Diagnostik

Es darf keine vorschnellen Diagnosen geben. In der Praxis erleben es viele von uns so: Erst kommt die Diagnose und dann sieht man die Symptome bei dem Betroffenen. Es müsste gegenüber den Kostenträgern genügen, wenn erst einmal der psychische Zustand von einem Menschen ausführlich beschrieben wird, bevor gleich eine

Arbeitsdiagnose erstellt wird. So wäre es vielleicht möglich, dass Widersprüche zu Annahmen eher erkannt werden und die Betroffenen nicht lebenslang in eine von der Diagnose vorbestimmte Rolle gesperrt werden. Bevor die Akte eingehend studiert wird, sollten mehrere Gespräche mit dem Betroffenen stattgefunden haben. Denn eigentlich ist der Mensch ja wichtiger als die Akte.

Diagnosen sollten ständig überprüft werden und es sollten auch Entwicklungen registriert werden. Ich finde es merkwürdig, wenn davon ausgegangen wird, dass eine Diagnose nach 20 Jahren immer noch gilt, aber alle mit einem Therapie machen wollen, damit es besser wird.

Als ich Abitur machte, musste ich bei Textanalysen immer auch begründen, warum ich zu dieser oder jener Auffassung gekommen war. Die üblichen Arztberichte sind dagegen voller Behauptungen, was für ein Mensch man ist. Da ist fast nichts belegt. Deswegen sollten die subjektiven Eindrücke des Arztes z.B. anhand von konkreten Situationen begründet werden, die zur Feststellung so genannter Krankheitssymptome geführt haben. Und ebenso sollte keine Bewertung der Persönlichkeit des Betroffenen abgegeben werden, wie häufig üblich, sondern es sollten die Handikaps beschrieben werden.

Und das Nachgehen und genaue Hinsehen bei bestimmten psychischen Eigenheiten sollte Pflicht sein. Leider erlebt man nicht selten, dass die einfach ignoriert und gar nicht näher untersucht werden, weil z.B. der Arzt sich auf eine bestimmte Diagnose (Eigenheit) festgelegt hat oder gewisse Diagnosen nicht mag.

## Behandlung

Als Erstes soll mit einem eine Lebensperspektive entwickelt werden, anstatt Therapieziele. Denn es geht ja auch um Lebenszufriedenheit bzw. -qualität, wie es genannt wird und nicht um das bloße gesellschaftliche Funktionieren. Und es geht darum, was man selbst will und nicht wie andere einen gerne hätten; denn dann fragt man sich irgendwann, für wen man überhaupt so etwas wie Therapie machen soll.

Wenn man dann eine Vorstellung vom eigenen Leben hat, stellt sich die Frage nach dem Spielraum, der sich eröffnet. Das mag das sein, was man klassisch unter Therapieziele fasst. Das Ganze muss

aber realistisch und erreichbar sein, nicht das Therapie zum Selbstzweck für den Therapeuten wird.

Für die Erarbeitung einer Lebensperspektive ist es wichtig, die gesellschaftlichen Bedingungen zu hinterfragen und diese nicht dem Betroffenen als Krankheitssymptom aufzudrücken. Mir ist es zum Beispiel passiert, als ich bei uns in der Klinik war und eine Teilzeitschulung wollte, dass mir das als »tief greifender Realitätsverlust« ausgelegt wurde, weil es zu dieser Zeit keine für kranke Menschen gab, sondern nur für allein Erziehende, Teilzeitbeschäftigte und pflegende Angehörige. Ich bin mit derselben Forderung zum Arbeitsamt gegangen und die fanden das gar nicht so daneben, sondern gerieten in Panik gekriegt, weil ihre Praxis verfassungswidrig ist und gegen das Benachteiligungsverbot von Behinderten verstößt. Und dieses Hinterfragen von gesellschaftlichen Bedingung von Seiten der Professionellen ist die erste Voraussetzung für eine Gleichstellung Psychiatrie erfahrener Menschen mit somatisch kranken Menschen. Die Perspektiven und Ziele sollten vom Betroffenen selbst und nicht vom Psychiater kommen. Nicht jede Meinungsverschiedenheit zwischen Psychiater und Psychiatrie-Erfahrenem ist gleich als Unverständlichkeit in die Krankheit zu verbuchen.

## Ort der Behandlung

Als bei uns vor Ort die Diskussion begann, um die Enthospitalisierung und die Verlegung unserer Klinik vom Lande in die Stadt hinein, habe ich viele Psychiatrie-Erfahrene gefragt, was ihnen lieber sei. Ich bekam sehr unterschiedliche Antworten. Eine war ganz froh, dass die Klinik so weit weg war, weil sie dort ihrer Kaufsucht nicht unterliege. Für andere war es wichtig, nicht so weit weg von nahen Angehörigen und Verwandten zu sein. Und für manches Gewaltopfer ist es auch gut, wenn es weiter weg vom Täter in einer Klinik ist. Es gibt vielleicht auch ganz seltene Störungen, sodass es unrealistisch ist, an jedem Ort dafür Angebote zu haben. Deswegen sollte der Betroffene selbst entscheiden, ob er gemeindenah oder gemeindefern behandelt werden will. Es sollte daher eine Regionen übergreifende Zusammenarbeit in solchen Situationen geben. Vielleicht kann man das Problem ja auch dadurch lösen, dass Psychiatrie-Erfahrene bei Klinikaufenthalten die Möglichkeit der kostenlosen Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel erhalten.

## Atmosphärisches

Bei uns auf dem Eichberg gibt es ein Kulturzentrum. Dort werden preiswert Kaffee, Cola, Fanta und andere Getränke verkauft und es finden immer wieder Veranstaltungen statt, zu denen viele Bürger, vor allem auch Nicht-Psychiatrie-Erfahrene, aus der ganzen Umgebung kommen. Wir finden es wichtig, dass so ein Kulturzentrum an jeder Psychiatrischen/Psychotherapeutischen Klinik angeschlossen ist. Außerdem – dies fordert der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. schon seit Jahren – soll es gerade für Eingewiesene, insbesondere auf geschlossenen Stationen, jederzeit Briefpapier und Briefmarken geben und einige kostenlose Anrufe zu Verwandten und ggf. auch zu einem Rechtsanwalt sollten möglich sein. Telefongespräche sollten auf jeder Station in einer geschlossenen Telefonkabine geführt werden können, damit nicht die halbe Station mithören kann und so für jeden Betroffenen die Privatsphäre gewahrt bleibt.

Auf jeder Station soll es einen Hinweis zu den örtlichen Selbsthilfegruppen, zum Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und auch zu den Landesorganisationen der Psychiatrie-Erfahrenen geben. Die Faltblätter dieser Initiativen sollten auf jeder Station für alle Betroffenen zugänglich sein.

Für Psychiatrie-Erfahrene, die keinen Ausgang haben, muss eine Stunde an der frischen Luft mit einer Begleitperson möglich sein, dies steht jedem Häftling in der Bundesrepublik zu. Nimmt man das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz ernst, so muss das auch jedem Psychiatrie-Erfahrenen zustehen.

Ein Münzkopierer – ebenfalls eine alte Forderung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. – sollte für jeden Psychiatrie-Erfahrenen zugänglich sein, damit wichtige Unterlagen während des Aufenthaltes kopiert werden können. In dem Brief, der mich von einer Betroffenen aus der Forensik erreichte, wurde gebeten, dass bei ohnehin vergitterten Fenstern wenigstens die Möglichkeit bestehen muss, das Fenster richtig zu öffnen und nicht nur spaltbreit.

Eine weitere alte Forderung der Psychiatrie-Erfahrenen ist, dass die Stationen menschlich und wohnlich gestaltet und nach Möglichkeit mit »Soteria-Elementen« ausgestattet sind.

## Allgemeines zu Bausteinen

Ich glaube, dass das Denken in Bausteinen problematisch ist, wobei man allerdings um paar wenige nicht herumkommt. Für Psychiatrie-Erfahrene ist es wichtig, dass ein Weglaufhaus vorhanden ist, dass Heime vielleicht in der Art eines Seniorenwohnheims vorstellbar sind, wo man für sich in einem kleinen Appartement lebt, aber ein Sozialarbeiter »griffbereit« ist und wo vielleicht für abgedrehte Phasen eine Art Kantine da ist, in der man für wenig Geld Essen und Trinken bekommt und die auch von Nicht-Psychiatrie-Erfahrenen genutzt wird.

Von einigen Psychiatrie-Erfahrenen wurde ich über die »Soteria« hinaus auch auf das Konzept der »offenen Tür« aufmerksam gemacht. Aber wichtig wird in Zukunft sein, dass es verstärkt psychosoziale Assistenz gibt und die möglichst unabhängig von Institutionen, damit sie einen hilft, Angebote außerhalb von Institutionen zu bekommen und nicht nur auf die Angebote des eigenen Trägers verweist. Was spricht dagegen, eine »tagesstrukturierende Maßnahme« z.B. mit Volkshochschulkursen oder auch anderen Betätigungen in der Gemeinde zu gestalten? Was spricht dagegen, dass ein solcher Mensch z.B. mit einem Arbeitgeber verhandelt über eine individuell gestaltete Ausbildungs- oder Arbeitsmöglichkeit? Das Sozialhilferecht gibt viel mehr Vielfalt und damit Freiheit her, als Institutionen geben können, wenn sie individuell zur Verfügung stehen.

Existierende »Bausteine« müssen verändert werden: Oft gibt die Verwaltung so einen gewissen Ablauf vor: Innerhalb der Klinik muss man erst auf die »Geschlossene«, vorneweg 14 Tage; dann wird entschieden, auf welche Station und nach Ablauf so und so viel Wochen, welche Rehabilitationsmaßnahme. Wichtig für Psychiatrie-Erfahrene ist, dass man zu dem »Baustein« hingehen kann, den man gerade braucht und nicht irgendeinen Verwaltungsablauf einhalten muss. Und für Leute mit so genannten neuartigen Diagnosen ist es wichtig, dass innerhalb der Bausteine eine Differenzierung stattfindet.

Da in letzter Zeit das Thema Heim so im Mittelpunkt des Interesses steht und ich füge noch hinzu, in weiterer Zukunft auch die Forensik, ist es wichtig, dass sich die Leistungen, zumindest, was den Sozialhilfebereich anbetrifft, nur noch bei einem Kostenträger

befinden. Die Spaltung in örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger ist völlig daneben. So könnte zu mindestens im Sozialhilfebereich das Hin-und-Hergeschiebe minimiert werden.

Häufig wird versucht, die Fakten der Akte anzupassen: Hatte jemand mal eine gute Prognose und kippt dann total ab, so wird das von Klinikseite gern ignoriert. Denn die Akte muss ja für den Kostenträger stimmig sein. Und selbst, wenn der Betroffene das auch sagt, wird es mit Beharrlichkeit ignoriert. Auch »Außenpartner«, wie Sozialarbeiter, kommen nicht mehr durch. Deswegen sollte die Klinik verpflichtet sein, auf Wunsch des Betroffenen, Informationen von Außenstehenden einzuholen und auch einen Hausbesuch abstaten. Dies aber nur, wenn es der Betroffene will. Viele von uns würden in Panik geraten, wenn die Klinik das eigenmächtig tun würde.

### Kontrolle

Um über die Betroffenenansicht mehr zu erfahren, von vielen wird z.B. der Wunsch nach mehr Gesprächen statt Tabletten geäußert, ist es wichtig, dass es in Zukunft hauptamtliche, unabhängige und der Betroffenenansicht verpflichtete Patientenanwälte bzw. Patientenvertrauenspersonen gibt. So etwas gibt es in Österreich und in den Niederlanden. Es handelt sich um, wie man so sagt, »multiprofessionelle Teams«, zu denen auch Rechtsanwälte gehören. Diese Patientenanwälte bzw. Patientenvertrauenspersonen sollten ihre Sprechstunden in den Einrichtungen haben und jederzeit Zugang zu allen möglichen Stationen, umso auch die Isoliertesten unter uns zu erreichen.

Solche Patientenanwälte bzw. Patientenvertrauenspersonen sind auch deswegen so wichtig, damit Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden, vor allem aus der praktischen Arbeit heraus. Bisher ist es ja so: Es gibt irgendeine statistisch messbare Erhöhung und dann folgt vielleicht eine Enquête. Ergänzt werden sollten Patientenanwälte bzw. Patientenvertrauenspersonen durch Beschwerdestellen, in denen die unterschiedlichen Gruppen der Psychiatrie/Gemeindepsychiatrie vertreten sind. Die Korrektur von Fehlentwicklungen, die von Patientenanwälte und Patientenvertrauenspersonen festgestellt werden, sollte schließlich mit allen beteiligten Gruppen der Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie in einem demokratischen Prozess angegangen werden. Wichtig ist, damit es nicht eine »Vorzeigefassade« und viele »Hinterhöfe« gibt, dass die Patientenanwälte bzw.

Patientenvertrauenspersonen sowohl für den ambulanten Bereich als auch für den stationären Bereich zuständig sind, einschließlich der Forensischen Psychiatrie. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass es unabhängige Gutachter gibt, die nichts anderes als Überprüfungsarbeit machen und nicht in Versorgungseinrichtungen und Kliniken angestellt sind.

Für den Psychiatrie-Erfahrenen sollte es uneingeschränkte Akteneinsicht geben und die Möglichkeit, den Akteninhalt für sich zu kopieren. Wenn sich erst einmal die »psychiatrische Fachsprache«, wie bereits oben erwähnt, ändert, dann wird dies auch nicht mehr so problematisch sein. Ein großes Problem stellt in der Psychiatrie die Dokumentation dar. Mit viel Glück hat man beim Arzt, zum richtigen Zeitpunkt, die richtigen Stichworte gegeben und der hat auch zufällig die richtigen Stichworte aufgeschrieben. Wenn man Pech hat, wurden nur Nebensachen notiert und man wird fehlinterpretiert und -behandelt. Deswegen sollte der Betroffene auf die Möglichkeit der Dokumentation per Audio- und Videokassette hingewiesen werden und wenn der Betroffene das wünscht, ist auch so zu dokumentieren und dem Betroffenen auf Wunsch ein Duplikat der Aufnahme zu übergeben.

Leider ist es oft so, dass man zu vielem gar nicht richtig gefragt wird und sich das Personal was zusammenspinnt. Nachgefragt, wie etwas gemeint ist und ob das wirklich so ist, wird so gut wie nie. Und deswegen ist es wichtig, dass der Betroffene auch eine eigene schriftliche Stellungnahme zu sich zu den Akten geben kann. Zusätzlich kann der Arzt Fragen formulieren, keine standardisierten, sondern konkret auf den Betroffenen bezogene, die dieser dann auch schriftlich beantworten kann. Soweit vom Betroffenen gewünscht, sollten auch Stellungnahmen von Dritten eingeholt werden.

Was ich sehr problematisch finde, wie zum Beispiel bei uns in Hessen mit dem Landeswohlfahrtsverband, ist, wenn derjenige Träger, der zahlt und plant, gleichzeitig der Träger der Einrichtungen ist und damit auch gleichzeitig haftbar. So kann Kontrolle nicht funktionieren. Denn läuft etwas schief, dann schlägt sich der Träger im Zweifel auf die Seite der Mitarbeiter und nicht auf die Seite der Patienten. Deswegen muss es eine Trennung zwischen Haftung und Kostenträgerschaft geben.

## Normalität

Was ich für sehr wichtig halte und Ihnen zum Schluss noch zu bedenken geben möchte: Psychiatrie-Erfahrene sind ganz normale Bürger mit ganz normalen bürgerlichen Bedürfnissen, kulturellen Bedürfnissen, Bildungsbedürfnissen oder nach einfach-mal-so-zusammen-sein. Nicht jede Aktivität sollte als therapeutische Aktivität behandelt werden. Normale, menschliche Gespräche zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen sollten möglich sein, ohne sofort mit irgendeiner psychiatrischen Erklärung und/oder mit therapeutischen und erzieherischen Ansprüchen konfrontiert zu werden. Daher ist eine unabhängige, autonome und selbstbewusste Bürgerhilfe für uns Psychiatrie-Erfahrene besonders wichtig und die Schaffung von vielen sozio-kulturellen Treffpunkten, wo sich alle möglichen gesellschaftlichen Gruppen treffen, nicht nur Psychiatrie-Erfahrene.

## Erfahrungen mit der und Anforderungen der Angehörigen an die Psychiatrische Klinik

Gudrun Schliebener

Stellen Sie sich vor, Sie haben eine Tochter, 18 Jahre alt, Unterprima, eine gute Schülerin, keine Probleme. Irgendwann verändert sich ihr Verhalten. Sie zieht sich zurück, ist nicht mehr so fröhlich, nicht mehr so mitteilend, rumort nachts in ihrem Zimmer oder ist unterwegs; lässt sich tagsüber kaum noch sehen. Die schulischen Leistungen lassen nach. Manchmal haben Sie das Gefühl, misstrauisch beobachtet zu werden. Zwischendurch erscheint sie Ihnen wieder wie in der Vergangenheit. Sie packen Ihre Sorgen und Zweifel an die Seite, am nächsten Tag ist dieser Eindruck wieder vorbei.

Und dann ist sie auf einmal nicht da, hat keine Nachricht hinterlassen. Sie rufen alle ihre Bekannten an, die Sie kennen. Niemand weiß, wo Ihre Tochter geblieben ist. Schön, sie ist volljährig, aber so völlig ohne Nachricht ist sie noch nie weggeblieben. Am nächsten Tag wollen Sie eine Vermisstenanzeige aufgeben. Bei der Gelegenheit erfahren Sie zufällig, dass Ihre Tochter vor zwei Nächten orientierungslos »aufgegriffen« wurde – um in der Terminologie zu bleiben – und in die zuständige Psychiatrische Klinik, über 40 km entfernt, eingeliefert wurde. Völlig entsetzt lassen Sie alles stehen und liegen und fahren in die Klinik. Auf Ihre Frage, warum denn niemand eben angerufen habe, bekommen Sie die Antwort: »Das dürfen wir nicht, was wollen Sie denn, Ihre Tochter ist volljährig!«

Sie treffen Ihre Tochter auf dem Gang. Sie erkennt Sie nicht, Sie erkennen Ihre Tochter kaum wieder. Sie fragen nach dem Arzt, der ist nicht auf der Station. Sie bekommen die Auskunft, Sie mögen telefonisch noch mal nach einem Termin nachfragen. Das versuchen Sie an den Folgetagen einige Male. Sie erreichen den Arzt nicht, er ruft aber auch nicht zurück. Sie wissen immer noch nicht, was los ist. Auf Nachfragen erklären die Mitarbeiter der Station, sie dürften keine Auskunft geben, Sie möchten sich an den Arzt wenden. Den jedoch erreichen Sie erst nach mehr als einer Woche. Er hat sehr viel zu tun und wenig Zeit, daher kann er Ihnen erst einen Termin zehn Tage später geben.

Am nächsten Abend gegen 19:00 h klingelt das Telefon, ein Mitarbeiter der Station fragt Sie, ob Ihre Tochter sich bei Ihnen

gemeldet habe, Sie hätte sich ohne Absprache von der Station entfernt. Sie hat sich nicht bei Ihnen gemeldet. Nach einer durchwachten Nacht, voller Angst, rufen Sie am nächsten Morgen in der Klinik an und ein Mitarbeiter berichtet auf Nachfrage, dass Ihre Tochter am Abend gegen 21:00 Uhr wieder auf der Station angekommen sei. Niemand hat es für nötig gehalten, Sie kurz zu informieren. Es hat Ihnen auch noch niemand erzählt, welche Diagnose gestellt wurde. Bei Ihren regelmäßigen Besuchen haben Sie den Eindruck, dass es Ihrer Tochter noch sehr schlecht geht, ihr Verhalten ist ziemlich sprunghaft, sehr aggressiv.

Am Freitagabend ruft sie Sie an, um Ihnen mitzuteilen, dass sie Wochenendurlaub hat und am Samstagmorgen abgeholt werden möchte. Niemand hat Sie gefragt, ob Sie sich diesen Besuch schon zutrauen oder ob Sie eventuell für das Wochenende eigene Planungen gemacht haben.

Sie holen Ihre Tochter zum Wochenendurlaub ab. Sie haben den Eindruck, es geht ihr immer noch nicht gut. Zu Hause stellen Sie fest, dass Ihre Tochter ihre Medikation für das Wochenende in der Klinik vergessen hat. Jetzt haben Sie zwei Möglichkeiten, entweder fahren Sie die 40 km wieder zurück und holen die Medikamente oder Sie gehen zum ärztlichen Wochenendnotdienst und nehmen in Kauf, einem Gynäkologen oder Urologen erklären zu müssen, welche Neuroleptika Ihre Tochter benötigt, das aber wissen Sie selbst nicht so genau und Ihre Tochter weigert sich, mit zum Notarzt zu fahren, denn Sie ist ja ihrer Meinung nach nicht krank.

Das vereinbarte Gespräch in der Folgewoche mit dem behandelnden Arzt in der Klinik verläuft völlig unbefriedigend. Sie erfahren außer der Diagnose »Psychose« nichts. Nichts zur Einschätzung von Verlauf und Dauer der Erkrankung, nichts zur Therapie oder zur mittel- und langfristiger Entwicklungsplanung. Die Auskünfte werden Ihnen mit dem Hinweis auf Schweigepflicht verweigert. Einige Tage später ruft Ihre Tochter Sie an und fragt: »Holst du mich morgen Vormittag ab, ich werde entlassen!«

Meine Damen und Herren, dies möge als Einstieg heute Morgen reichen. Bitte glauben Sie nicht, dass ich meine Fantasie habe bemühen müssen für diese kurze Schilderung.

Ich möchte Ihnen noch eine kurze Episode erzählen. Stellen Sie sich vor, Ihre Tochter muss noch einmal zu einer stationären Behandlung in die Klinik. Sie kommen besuchsweise auf die Station, ein

junger Mann kommt zu Ihnen, begrüßt Sie, stellt sich vor als zuständiger Stationsarzt und sagt Ihnen: »Wenn Sie Informationen brauchen oder Probleme haben, sprechen Sie mich an. Wenn ich auf der Station bin, bin ich auch ansprechbar. Es kann sein, dass ich nicht sofort Zeit für Sie habe, aber wir können dann zumindest einen Gesprächstermin vereinbaren.« – Auch das ganz ohne Fantasie.

Womit das Hauptproblem, das Angehörige haben, wenn Familienmitglieder sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden, bereits deutlich wird. Der Umgang mit Angehörigen ist beliebig, abhängig von der Einstellung und der Haltung von Einzelpersonen, abhängig von Sympathie oder Antipathie. Es gibt keine Systematisierung, keine allgemein gültigen Vorgaben, keine anerkannten Handlungsempfehlungen, keinen einforderbaren Mindeststandard.

Die Angehörigenverbände auf nationaler und europäischer Ebene haben Mitgliederbefragungen zum Thema »Angehörigenerfahrungen mit Kliniken« durchgeführt.

Die Probleme, die in diesem Zusammenhang als besonders belastend empfunden wurden, sind nahezu gleich. Angehörige beklagen mehrheitlich:

- Sie werden nicht informiert.
- Sie werden nicht einbezogen.
- Sie bekommen keine Hilfe.

Die Psychiatrische Klinik ist bereits jetzt nur zuständig für die Akutbehandlung psychischer Erkrankungen. Langzeitstationen sind weitgehend aufgelöst. Die ambulante Behandlung und Begleitung bekommt einen immer größeren Stellenwert, und das ist auch gut so. Aber die Psychiatrische Klinik ist sehr häufig auch die erste Institution im psychiatrischen Hilfesystem, mit der Angehörige in Kontakt kommen, die bis zu diesem Zeitpunkt in den meisten Fällen von psychischen Krankheiten und jeglichem Umgang damit überhaupt keine Ahnung haben.

Die Anforderungen, die Angehörige an eine Psychiatrische Klinik stellen, werden sich zuerst einmal an der jeweiligen Funktion der Klinik orientieren, die situationsbezogen greift, nämlich *der Ordnungsfunktion und der kurativen Funktion*.

Auf die Ordnungsfunktion der Klinik möchte ich nicht weiter eingehen, hier ist auch die Anforderung der Angehörigen einfach zu benennen, nämlich die Sicherung, dass während der akuten

Krankheitsphase weder der Betroffene selbst und seine Angehörigen noch Außenstehende zu Schaden kommen.

Sehr viel differenzierter ist die Sichtweise auf die kurative Funktion. Die Interessen von professionellen Helfern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen sind nur in Schnittmengen gleich und führen so auch zu unterschiedlichen Bewertungen. Die Anforderungen der Angehörigen an eine Psychiatrische Klinik beinhalten Aspekte, die seitens der Psychiatrie-Erfahrenen und der in der Klinik arbeitenden professionellen Helfer oft nur am Rande oder gar nicht wahrgenommen werden.

Wir wünschen uns eine offene Klinik, wobei ich an dieser Stelle nicht die offenen Türen meine – die auch, aber darauf komme ich später – ich meine eine Offenheit, die berücksichtigt, dass die Klinik nicht der Mittelpunkt der Versorgung des Betroffenen ist, sondern dass der stationäre Aufenthalt zeitlich nur einen ganz geringen Anteil im Leben eines psychisch erkrankten Menschen ausmacht, jedoch durch die therapeutische Arbeit dort maßgeblich die Lebensqualität außerhalb der Klinik beeinflusst wird.

Alein schon deshalb halten wir eine enge, verlässliche Zusammenarbeit der Klinik mit allen Diensten und Einrichtungen in der Kommune für notwendig, um eine gute Begleitung des Betroffenen zu sichern, ohne Brüche oder Abrisse. Wichtigster Punkt und gleiche Basis für alle Beteiligten sollte ein Krankheitsverständnis sein, das sich an der Lebenssituation, an der Lebensgeschichte und den individuellen Belastungsfaktoren des Betroffenen orientiert und jede einseitige Sichtweise vermeidet. Nur so ist es möglich, dass der Erkrankte nicht nur mit seinen aktuellen Defiziten gesehen wird, sondern dass er als ganzer Mensch auch mit den in der akuten Krankheitsphase vorhandenen Stärken und Fähigkeiten wahrgenommen wird. Zur Lebenssituation gehören direkt auch die Angehörigen, die mit der psychischen Erkrankung in der Familie Probleme bekommen, die Außenstehende sich gar nicht vorstellen können.

Welche Erwartungen haben wir an eine Psychiatrische Klinik?

- Behandlung der psychischen Erkrankung nach aktuellem Stand der Wissenschaft.
- Fachliche Unterstützung und Begleitung des Betroffenen während des Gesundungsprozesses, unter Berücksichtigung der Erfahrungen und des Willens des Betroffenen und seiner Angehörigen.

- Einbeziehung der Angehörigen.
- Unterstützung der Angehörigen.

### Behandlung nach aktuellem Stand der Wissenschaft

In der stationären Akutbehandlung haben Neuroleptika einen hohen Stellenwert. Wir erwarten den Einsatz der Medikamente, die am wenigsten beeinträchtigen, die die geringsten Nebenwirkungen haben, die am besten vertragen werden.

Der Einfluss von Belastungen und Stressfaktoren auf somatische Erkrankungen ist mittlerweile unbestritten, zum Beispiel bin ich überzeugt, dass ich meine Gallensteine alle bestimmten Gegebenheiten oder Namen zuordnen kann. Der Einfluss von Belastungen und Stressfaktoren auf psychische Erkrankungen ist in der Theorie zwar bekannt (siehe Vulnerabilitäts-Stress-Modell), wird in der täglichen Praxis aber bedauerlicherweise oft vernachlässigt. Da heißt es auch schon mal, »das ist anlagebedingt, da kann man nichts machen, das kommt immer wieder« usw. Wir halten eine Berücksichtigung *aller* die Gesundheit beeinflussenden Faktoren für erforderlich.

Mittlerweile ist auch durch Untersuchungen belegt, wie wirksam in der Behandlung psychischer Erkrankungen ein Setting unter Einbezug von Soteria-Elementen ist (weiches Zimmer, Rückzugsmöglichkeiten etc.). Das beinhaltet auch ein bestimmtes Krankheitsverständnis, eine veränderte Haltung zu psychisch erkrankten Menschen, geht ab von einer generellen Kontrollhaltung und basiert auf der Verlässlichkeit von Beziehungen. Auf dieser Beziehungsebene wird sehr viel einfacher, auch in einer akuten Phase eine Vereinbarung über Behandlung möglich sein. Und wenn wir von Beziehung sprechen, verbietet sich automatisch aus unserer Sicht das, was wir Patiententourismus nennen, und zwar die Verlegungen von Station zu Station.

Wenn die Beziehungsebene stimmt und die Kontrollfunktion der Mitarbeiter keine ausschlaggebende Rolle spielt, wird auch die verschlossene Tür in immer größerem Umfang überflüssig. Das ist mir vor ein paar Tagen wieder sehr deutlich geworden. Ich verabschiedete mich von meiner Tochter, die im Moment die Station noch nicht allein verlassen soll, und sie wollte mich unbedingt zur Tür bringen und dann durch die offene Tür die Station verlassen. Als ich mich

an der Tür verabschieden wollte, fragte sie, ob ich Angst habe, dass sie wegläuft. Ich antwortete ihr, dass ich keine Angst habe, denn ob sie weglaufe oder nicht, sei nicht mein Problem, schließlich sei ihre Ausgangsregelung eine Absprache zwischen ihr und den Mitarbeitern der Station. Sie stutzte, verabschiedete sich von mir und ging zurück. Auf dieser Ebene der verlässlichen Beziehungen werden aber auch Zwangsmaßnahmen reduziert.

Als dritten Punkt möchte ich hier die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der professionellen Helfer unter Einbezug der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen nennen. Viel zu oft treffen wir auf Mitarbeiter, deren theoretisches Wissen, vorsichtig ausgedrückt, etwas veraltet ist. Langjährige Erfahrung ist eine Sache, theoretisches Wissen, nach neuestem Stand, eine andere. Niemand kommt zum Beispiel auf die Idee, Operationsmethoden von vor 20 Jahren akzeptabel zu finden, wenn bekannt ist, dass es heute bessere, schonendere und den Patienten weniger belastende gibt. Heute müsste es sich auch bis in die letzte kleine stationäre Einheit herumgesprochen haben, dass zum Beispiel die Medikamente der ersten Generation oder Verwehr- und Kontrollpsychiatrie überholt sind.

Angehörige haben eine immense Erfahrung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, warum sollen die professionellen Helfer nicht davon profitieren? Es ist aber auch ebenso notwendig, dass professionelle Helfer über Abläufe vor Beginn der stationären Behandlung, über Probleme der Angehörigen und die Situation in den Familien informiert werden, um einen vollständigeren Eindruck zu bekommen und besser helfen zu können.

### Fachliche Unterstützung und Begleitung des Betroffenen

Wie soll eine vernünftige Begleitung gewährleistet sein, wenn jeden Tag ein anderer Ansprechpartner zuständig ist. Deshalb sind wir der Meinung, dass zu einer guten Behandlung und Begleitung unabhängig ein Bezugstherapeutesystem gehört. Wir hören in den Kliniken, in denen es nicht praktiziert wird, viele Argumente dagegen, die wir jedoch nicht nachvollziehen können. Es ist uns völlig klar, dass auch hierzu zuerst einmal eine Veränderung in den Köpfen der Mitarbeiter nötig ist. Der einzelne Mitarbeiter muss Verantwortung übernehmen, er kann sich nicht mehr in dem gewohnten Umfang hinter dem Team verstecken, aber der Gewinn an Verlässlichkeit,

Kontinuität und Beziehungsmöglichkeit für den Betroffenen und die Angehörigen wiegt das auf.

Bestandteile einer qualifizierten Begleitung durch den Bezugstherapeuten sind z.B.:

- a) **Zuhören können:** Die große Klage von Psychiatrie-Erfahrenen, unabhängig von Bundesland oder Region, ist: »Es hat mir niemand zugehört!« Zuhören, erkennen, wie viel Angst hinter manchen Verhaltensweisen steht, dabei sein, das entlastet und bringt oft bereits spürbar Entspannung.
- b) **Therapeutische Gespräche zur Klärung der die Krankheit auslösenden Probleme:** Wenn davon ausgegangen werden kann, wie vorhin bereits angeführt, dass es einen großen Einfluss von Belastungen und Stressfaktoren auf die mögliche Auslösung akuter psychischer Erkrankungen gibt, gehört zu einer guten Behandlung auch der Versuch, diese belastenden Probleme herauszufinden, zu benennen und einen adäquaten Umgang mit ihnen zu erlernen. Das stärkt den eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung. Eine vernünftige Pharmakotherapie kann und wird das ergänzen und unterstützen, aber nicht ersetzen.
- c) **Ein weiterer Aspekt von Stärkung der Eigenverantwortlichkeit ist Vermittlung von Wissen in Aufklärungsgesprächen und psychoedukativen Gruppen:** Nichts macht so viel Angst wie etwas, das man nicht versteht und nicht zuordnen kann, daher ist eine gute, umfassende Information der beste Schutz vor Angst und Irritation. Untersuchungen in unterschiedlichen Regionen belegen, dass die Rückfallhäufigkeit zu senken ist, wenn umfassend und gut informiert wird, wenn individuelle Frühwarnzeichen erkannt und beachtet werden. Siehe Voelzke und andere.

### Berücksichtigung der Erfahrungen und des Willens des Betroffenen und seiner Angehörigen

Wirksamstes Instrument hierzu ist das »An-den-Nagel-Hängen« des akademischen Anspruchs auf die reine Lehre und der Überzeugung, dass der erkrankte Mensch nicht eine Ansammlung von Defiziten ist, die zu beheben sind, sondern ein Individuum mit vielen Fähigkeiten, nur mit einer momentanen Erkrankung. Die Erkrankung berechtigt grundsätzlich erst einmal nicht, Behandlung über den Kopf des Betroffenen hinweg oder gegen seinen Willen durchzuführen.

ren oder durchzusetzen. Wir erleben in einigen Kliniken eine Praxis, die wir hochgradig bedenklich finden, dass nämlich umgehend eine Betreuung beantragt wird, wenn von dem Betroffenen auch nur eine leise Äußerung der Ablehnung der vorgesehenen Behandlung und Therapie zu hören ist, um dann, rechtlich korrekt, vom gesetzlichen Betreuer für die Behandlung die Zustimmung einzuholen, die dieser gibt, im Vertrauen auf die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzte.

Hilfreich für den Alltag ist aus unserer Sicht zweifelsfrei die Behandlungsvereinbarung. Grundlage für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist die Überzeugung aller Beteiligten, gleichberechtigt und auf der gleichen Ebene eine Vereinbarung zu treffen, die bei einer evtl. erforderlichen stationären Behandlung des Betroffenen hilfreich ist. Jedes Aushandeln einer Behandlungsvereinbarung bedeutet für den Betroffenen auch eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung, mit Erfahrungen und Möglichkeiten.

Betroffene sehen sich zunehmend für ihre psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer eventuell erforderlichen stationären Behandlung genutzt und umgesetzt werden. Durch die Aufnahme der Behandlungsvereinbarung, zum Beispiel in das PsychKG NRW, hat der Gesetzgeber diese Willensäußerungen der Betroffenen gestärkt und ihnen einen zu beachtenden Wert zugesprochen.

Sie sollte jedem Betroffenen während seines Klinikaufenthaltes im Anschluss an die akute Erkrankungsphase angeboten werden. Der Zeitrahmen sollte so bemessen sein, dass die Möglichkeit zu ausführlicher Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Punkten besteht, die eine stationäre Behandlung betreffen. Ich möchte noch einmal betonen: Der besondere Wert der Behandlungsvereinbarung ergibt sich aus der Diskussion auf gleicher Ebene, es wird nichts verordnet, sondern vereinbart.

Für die Angehörigen, die im außerstationären Bereich Hilfe, Unterstützung und Begleitung sicherstellen, gibt die Behandlungsvereinbarung, wenn sie dies denn berücksichtigt, eine große Sicherheit, nicht mehr übergangen zu werden. In dem Umfang, in dem Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen und vor allen Dingen auch eingehalten werden, verändert sich das Verhältnis zwischen Betroffenen, Angehörigen und der Institution Klinik. Jede Behand-

lungsvereinbarung, wenn sie eingehalten wird, ist eine vertrauensfördernde Maßnahme, reduziert langfristig Zwangsmaßnahmen und fördert die Zusammenarbeit.

### Einbeziehung der Angehörigen

*Den* Patienten, als Individuum ohne soziale Bezüge, gibt es nicht. Er hat Angehörige, eine Familie, ein Lebensumfeld usw. In den meisten Fällen, insbesondere bei Ersterkrankungen oder zumindest in den ersten Jahren einer Erkrankung, sind die Angehörigen enge Bezugspersonen, bieten Unterstützung und Hilfe und gewährleisten soziales Leben und finanzielle Hilfen zum Lebensunterhalt.

Vor 20 Jahren spielten Angehörige im psychiatrischen Hilfesystem offiziell keine Rolle. Sie durften sich kümmern, durften zu Hause zuständig sein. Nein, sie *mussten* sich kümmern und zuständig sein, offiziell gab es sie nicht, sie waren Ungehörige, hatten die Erkrankung verursacht. Sie wurden mit ihren Problemen nicht zur Kenntnis genommen, sie bekamen keine Gespräche in der Klinik. Wenn sie um Informationen nachfragten und sich nicht abwickeln ließen, bekamen sie auch schon einmal gesagt: »Wenn Ihnen das bei uns nicht passt, können Sie Ihren Sohn ja auch wieder mit nach Hause nehmen!« (Und das war nicht vor 20 Jahren, sondern in der letzten Woche, Originalton aus einer bekannten Psychiatrischen Fachklinik.)

Die Einbeziehung der Angehörigen sehen wir auf zwei Ebenen, nämlich auf der institutionellen und der inhaltlichen Ebene. Als nützliches Instrument der Einbeziehung auf institutioneller Ebene wünschen wir uns die Einrichtung eines Nutzerbeirats mit festgeschriebenen Kompetenzen. Die Erfahrung in einer Klinik hat gezeigt, dass dies eine sehr brauchbare Möglichkeit ist, Probleme zu lösen, Absprachen zu treffen, Entwicklungen anzustoßen und ganz einfach ein besseres gegenseitiges Verständnis zu erreichen.

Auf der inhaltlichen Ebene geht es um die Angehörigen, deren erkranktes Familienmitglied zum jeweiligen Zeitpunkt in stationärer Behandlung ist. Gerade nach einer akuten Erkrankungsphase ist Hilfe, nach der Entlassung Unterstützung und Begleitung durch Angehörige hilfreich und einfach erforderlich. Wie aber soll das funktionieren, wenn die Angehörigen nicht einbezogen werden? Wie sollen sie begonnene Entwicklungen unterstützen und begleiten,

wenn sie nicht gut informiert sind? Wie sollen sie mit ihrer eigenen Verunsicherung zurechtkommen, wenn sie allein gelassen werden?

Nun ist die Forderung nach konsequentem Einbezug keine einsame Forderung der Angehörigen, sie ist auch fachlich geboten. Ciompi sagt, für einen guten Verlauf ist u.a. ein gleicher Informationsstand notwendig, gleicher Informationsstand professioneller Helfer – Patient – Angehöriger. Die Wirksamkeit des Einbezugs, des gleichen Informationsstandes, ist durch unterschiedliche Untersuchungen belegt. Siehe auch Bäuml, Heß-Diebäcker und andere. Warum wird das in vielen Kliniken einfach ignoriert? Auch Angehörige, deren Erschöpfung und Hilflosigkeit während der ersten Zeit des stationären Aufenthalts noch deutlich wird, sind immer als Unterstützung und Begleitung für die nachstationäre Zeit zu aktivieren und vor allen Dingen in die Lage zu versetzen, dann auch konstruktiv tätig werden zu können und dies sinnvoller Weise vom ersten Tag der stationären Behandlung an.

Es gibt sicher unterschiedliche Methoden, dies durchzuführen. Wir haben natürlich auch unsere Vorstellungen, wie das in der Praxis durchführbar ist. Unsere Forderung ist eine Angehörigensprechstunde an einem festen Tag der Woche, zu einer festgelegten Zeit, zu der durch offene Aushänge eingeladen wird, auf die die professionellen Helfer hinweisen, zu der sie einladen. In dieser Sprechstunde treffen die Angehörigen (gemeinsam mit oder auch ohne den Betroffenen) den zuständigen Arzt und den zuständigen Mitarbeiter des Pflegeteams und haben die Möglichkeit, ihre Probleme deutlich zu machen und die für sie drängenden Fragen zu klären. Es sollte durch die Art und Weise der Information über diese Angehörigen-sprechstunde deutlich werden, dass dieses Angebot Bestandteil des therapeutischen Konzeptes ist, dass die Klinik Wert auf diese Zusammenarbeit legt, um für den Betroffenen bessere Hilfemöglichkeiten bieten zu können, dass Angehörige nicht um das Gespräch bitten müssen. Die Rolle des Bittstellers ist für Angehörige wirklich nicht mehr zeitgemäß.

### Unterstützung der Angehörigen

Die Familie ist der Ort des Entstehens einer psychischen Erkrankung, aber nicht die Ursache. Die Familie ist aber auch der Ort, an dem die psychische Erkrankung mit allen Problemen und Belastun-

gen durchschlägt. Deshalb ist die Forderung der Angehörigen an alle Einrichtungen des Hilfesystems, also auch an die Psychiatrische Klinik, auf Unterstützung absolut legitim. Niemand kommt auf die Idee, von irgendjemand etwas zu erwarten, was der nicht gelernt hat. Niemand kommt zum Beispiel auf die Idee, bei einem Dolmetscher Nachhilfestunden in Mathematik zu nehmen. Von uns Angehörigen wird erwartet, dass wir während der Zeit des Zusammenlebens den Betroffenen beraten, ihn unterstützen, ihm helfen, ihn begleiten, alles Dinge, die wir ja auch tun, gern tun und auch tun wollen, aber solange wir keine Hilfe und Unterstützung von professionellen Helfern bekommen, möge man uns auch bitte nicht mit dem Vorwurf der Unzulänglichkeit kommen.

Die wichtigsten Dinge, die die Klinik in diesem Kontext anbieten sollte, sind:

- Angehörigengruppen zur Entlastung im Gespräch. Niemand muss etwas erklären, jeder Teilnehmer weiß, welche Probleme belasten, es gibt viel gegenseitigen Zuspruch und individuelle Beratung. Wie heißt es so treffend im Volksmund: »Geteiltes Leid ist halbes Leid.«
- Unterstützung für Selbsthilfegruppen, die sich zeigen kann in der Bereitstellung von Räumen, in der fachlichen Beratung und Unterstützung der Arbeit der Angehörigen in der Kommune usw.
- und Informationsveranstaltungen zum Beispiel über
  - Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten,
  - unterschiedliche Therapieformen,
  - verschiedene Krankheitsbilder und
  - die unterschiedlichen Angebote der jeweiligen Klinik.

Die wichtigsten Punkte unserer Anforderungen an die Psychiatrische Klinik zusammenfassend gesehen sind:

- Enge Zusammenarbeit der Klinik mit allen Einrichtungen und Diensten in der Kommune
- Behandlung nach aktuellem Stand der Wissenschaft – Stichworte:
  - Psychotherapie
  - Pharmakotherapie
- Fachliche Unterstützung und Begleitung des Betroffenen während des Gesundungsprozesses unter Berücksichtigung der Er-

fahrungen und des Willens des Betroffenen und seiner Angehörigen – Stichwort:

- Behandlungsvereinbarung
- Einbeziehung der Angehörigen – Stichworte:
  - Aus- und Weiterbildung
  - Nutzerbeirat
  - Angehörigensprechstunde
- Unterstützung der Angehörigen – Stichworte:
  - Angehörigengruppen
  - Hilfe für Selbsthilfegruppen
  - Informationsveranstaltungen

Klaus Dörner schreibt in »Der gute Arzt – Lehrbuch zur ärztlichen Grundhaltung«: »Abgesehen davon, dass es den Patienten als abstraktes Individuum ohnehin nicht gibt, wird er von vornherein als Bestandteil eines Familiensystems mit all seinen Traditionen und Eigeninteressen Träger einer Krankheit, versucht, sie in dieses System zu integrieren und mit ihr leben zu lernen. Heute kann ich es nicht fassen, dass auch für mich während der ersten 10 Jahre meiner ärztlichen Tätigkeit kunstfehlerhaft exklusiv, der Patient im Mittelpunkt stand, während ich die Angehörigen nach Herzenslust ignorierte oder instrumentalisierte, bis sie mir hinreichend viele Schuppen von den Augen geholt hatten, um zu erkennen, dass Angehörige ›auch‹ Menschen sind, wobei es noch länger dauerte, um dieses ›auch‹ als weiteren, verfassungswidrigen Denkfehler wahrnehmen zu können, da eine Gesellschaft nicht aus ›Menschen‹ und ›Auch-Menschen‹ besteht.« [1]

## Literatur

1. DÖRNER, K.: Der gute Arzt – Lehrbuch zur ärztlichen Grundhaltung. Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin, Stuttgart, New York 2001

## Qualitätsanforderungen an psychiatrische Krankenhausbehandlung aus Sicht der Kostenträger

Stefan Wöhrmann

Die gesetzlichen Grundlagen für Qualitätsanforderungen sind in den letzten Jahren schrittweise ausgebaut worden. Zum aktuellen Stand:

- SGB V
  - Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes im Abstand von zwei Jahren.
  - Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können KV und KK auf der Basis der Berichte vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.
- KHG
  - § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen (nicht fristgerechte Vorlage des Qualitätsberichtes).
- BpflV
  - § 24 Modellvorhaben (zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen).

## Zur Vorgeschichte

Lange Zeit gab es einen Unterschied zwischen der rein somatischen und psychiatrischen Versorgung. Einen Beitrag zur Gleichstellung von körperlich und psychisch Kranken sollte die Psych-PV leisten. Sie legte den Grundstein, über eine verbesserte Ausstattung mit therapeutischem Personal eine höhere Behandlungsqualität der psychisch kranken Patienten zu bewirken.

Die amtliche Begründung zur Psych-PV formuliert als originäres Ziel, die Voraussetzungen zu verbessern, psychische Erkrankungen zu erkennen, zu heilen und ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern. Kernpunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung soll die Befähigung der zu behandelnden Patienten sein, außerhalb der Klinik zu leben, um eine Wiedereingliederung in das soziale Leben zu gewährleisten. Personelle Aufstockungen im stationären Sektor sollen der Grundstein für ein qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm sein.

## Kosten-/Nutzen

Schon vor der Umsetzung der Psych-PV lag die Frage nahe, ob die zusätzlichen finanziellen Ströme auch den gewünschten Nutzen im Rahmen der Umsetzung bringen würden. Die Krankenkassen haben mehrfach gegenüber dem BMG gefordert, dass es nicht zu einer einseitigen Personalaufstockung in den psychiatrischen Einrichtungen kommen darf, ohne dass damit eine Qualitätsverbesserung des Versorgungsstandards erreicht wird.

## Evaluation der Psych-PV

1996 wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet (AKTION PSYCHISCH KRANKE, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des MDS), die mit den verschiedenen Arbeitskreisen der psychiatrischen Kliniken kooperierte.

- Die Evaluation basiert auf einer bundesweiten Betrachtungsweise. Regional- und landesbezogene Auswertungen werden gleichermaßen favorisiert.
- Der krankenhausesindividuelle Blickpunkt ist sekundär und tritt erst an der Schnittstelle zur eigentlichen Qualitätssicherung in Erscheinung.

Die Auswertungen berücksichtigten folgende Punkte:

- Art der Einrichtung mit Versorgungsverpflichtung und Bettenzahl.
- Voll- und teilstationäre Belegung und Zugänge.
- Zugänge pro belegtes Bett und Planbett sowie tagesklinische Plätze.
- Patientenstruktur nach Behandlungsbereichen.
- Entwicklung der Personalstellen nach Berufsgruppen.
- Personalstellen im Verhältnis zur Bettenzahl.
- Komplementäres Umfeld.

## Zum Verhältnis von Evaluation und Qualitätssicherung

- Die gemeinsam mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführte Evaluation der Psych-PV ist von den Qualitätssicherungsprogrammen nach § 137 SGB V abzugrenzen.
- Die interne und externe Qualitätssicherung bezieht sich auf eine krankenhausesindividuelle Betrachtungsweise, die in der Regel auf Einzelfälle abstellt. In der Psychiatrie ist sie insbesondere auf Langzeitstudien angewiesen.

## Psych-PV und Qualitätssicherung

- Das Konzept der Psych-PV berücksichtigt die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Versorgung und fördert die Zusammenarbeit von stationären, komplementären und ambulanten Diensten.
- Aufgrund der in den Tätigkeitsprofilen enthaltenen detaillierten Beschreibung der in den Personalvorgaben berücksichtigten Leistungen wird die Grundlage für die Personalbemessung transparent und begrenzbar.
- Mit dieser Art der Personalbemessung wird eine wirksame Qualitätskontrolle möglich.
- Da die Psych-PV richtungsweisend erstmalig Behandlungsziele definiert hat, eröffnet sich die Chance, qualitätssichernde Maßnahmen und Qualitätskontrollen zu realisieren. Hiermit kann gleichzeitig ein Beitrag zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages des § 137 SGB V bzgl. der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung geleistet werden.

Kriterien für Ergebnisqualität können sich beziehen auf:

- Rückführung in die Arbeitsfähigkeit
- Abbau von Rezidiven
- Verkürzung der Krankheitsperioden
- Aufhebung von gesetzlichen Betreuungen
- Erhöhung der Selbstständigkeit
- Lebensführung (eigene Wohnung)
- Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft
- Soziale Wiedereingliederung
- Verlagerung der Betreuung in Selbsthilfegruppen

- Patientenzufriedenheit

Bei einer Prüfung, »ob die Personalausstattung nach dieser Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde« (§ 4 Abs. 4, 2.) sind zu berücksichtigen

- Einbettung der Einrichtung in die psychiatrische Versorgung der Region:
  - In welchem Umfang und für welche Einzugsgebiete liegt eine Versorgungsverpflichtung vor?
  - Welche Bettenmessziffern, gemessen nach Betten pro 10.000 Einwohner, liegen dem Versorgungsauftrag für die Behandlungsbereiche zugrunde?
  - Welche komplementären Einrichtungen stehen in der Versorgungsregion zur Verfügung?
  - Verweildauerstatistik, Wiederaufnahmerate, Wiedereingliederung von Langzeitpatienten.
  - Angaben zur geplanten Veränderung der Struktur des Behandlungsangebotes der Einrichtung im Zusammenhang mit der Personalbesetzung gemäß der Psych-PV.

## KTQ

Die Buchstaben stehen für Kompetenz, Transparenz und Qualität. Gesellschafter der Arbeitsgemeinschaft sind:

- Spitzenverbände der Krankenkassen
- Bundesärztekammer
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Deutscher Pflegerat

Unmittelbar vor dem Abschluss steht die Version 5.0 des KTQ-Kataloges, an dem die beiden folgenden psychiatriespezifischen Arbeitsgruppen mitwirken:

- AG »Psychiatrische Versorgungsprozesse«
- AG »Teilstationäre Behandlung, Konsiliarwesen«

## KTQ: Idee und Initiative

- Entwicklung eines freiwilligen Verfahrens
- Anstoß zum internen Qualitätsmanagement und dem Gedanken einer stetigen Qualitätsverbesserung
- Entstehung eines Verfahrens im Konsens mit den Partnern des Gesundheitswesens
- Entstehung eines Verfahrens im Dialog mit den Krankenhäusern
- Entstehung eines Verfahrens, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt

## Zielsetzung und Kernelemente

- Strukturierte *Selbstbewertung* des Krankenhauses anhand eines Kriterienkataloges
- *Fremdbewertung* des Krankenhauses anhand des Kriterienkataloges durch Externe – sog. Visitoren
- Nach erfolgreicher *Zertifizierung* erfolgt eine zeitlich begrenzte Vergabe des Zertifikates

Das KTQ-Verfahren verfolgt einen Berufsgruppen-übergreifenden Ansatz, der bezogen auf den Versorgungsprozess des Patienten die pflegerischen, ärztlichen und kaufmännischen Aspekte integriert.

Der KTQ-Katalog berücksichtigt bei dem Prozess der Patientenversorgung (Aufnahme, Behandlung, Entlassung) die folgenden qualitätsrelevanten Bereiche:

- Informationswesen
- Sicherheit
- Mitarbeiterorientierung
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement.

## Literatur

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., DEUTSCHE KRANKENHAUSEGELLSCHAFT, SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (Hg): Bundesweite Erhebung der Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden, 1998.

## **V. Steuerung, Kooperation, Integrierte Versorgung**

## Sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie

Jürgen Fritze

### Prolog

Vorbeugende Maßnahmen (Primärprävention) psychischer Krankheiten sind bisher wissenschaftlich nicht etabliert, sodass sich Leistungsansprüche an die gesetzliche Krankenversicherung (erst) mit der Manifestation einer Krankheit ergeben. Diese Ansprüche umfassen Diagnostik, Pharmakotherapie (einschließlich der Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention), Heilmittel (Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie), Soziotherapie, medizinische und berufliche Rehabilitation nach SGB IX, einschließlich Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Reicht die ambulante Behandlung nicht aus, so besteht Anspruch auf – hier psychiatrische – Krankenhausbehandlung, die neben ggf. notwendiger Sicherheit (im Falle der Eigen- oder Fremdgefährdung) die genannten Leistungen zeitgleich in besonderer Intensität anbietet. Der Anspruch auf psychiatrische Krankenhausbehandlung besteht so lange, wie die Schwere der Erkrankung diese Sicherheit und Intensität verlangt. Ist dies nicht mehr gegeben, so ist die Behandlung ambulant fortzusetzen. Gelingt es dem Kranken nicht selbstständig, die entsprechenden Therapieangebote ambulant wahrzunehmen, so hat er hierbei Anspruch auf Unterstützung (Soziotherapie). Ist aus medizinischen Gründen Behandlungskontinuität von hoher Bedeutung und kann der Kranke diese Kontinuität nicht aus eigener Kraft gewährleisten, so kann die ambulante Behandlung von der Institutsambulanz des Krankenhauses übernommen werden. Reicht eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die Behandlungsziele zu erreichen, besteht Anspruch auf ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. anderer Sozialleistungsträger.

Je mehr eine Krankheit zur Chronifizierung oder zu einem chronisch-rezidivierenden Verlauf tendiert, desto mehr der skizzierten Einzelkomponenten des Behandlungsangebotes müssen vom Kran-

ken in zeitlich und örtlich strukturierter Form in Anspruch genommen werden können. Dies ist bei psychischen Krankheiten in besonderem Maße der Fall. Folglich besteht gerade in der Versorgung psychisch Kranker ein Bedarf an Integration der Behandlungskomponenten.

Integrierte Versorgung bedeutet zunächst schlicht, die skizzierten Behandlungsangebote entsprechend jeweiliger medizinischer Notwendigkeit zeitgerecht an den Patienten zu bringen, d.h. dass die verschiedenen Spezialisten ihre Leistungen in aufeinander abgestimmter, koordinierter und kooperativer Form erbringen. Eigentlich ist alles ganz einfach: Integration bedeutet Bündelung der Verantwortung. Diese plausible Forderung umzusetzen, scheint aber schwierig zu sein. Dazu tragen divergierende – ökonomische – Interessen aufseiten der Leistungserbringer (man möge diesen garstigen, wenn auch inzwischen eingebürgerten Begriff entschuldigen) bei, deren Divergenz durch die Abgrenzung der Versorgungssektoren (ambulante versus stationäre Akutbehandlung versus ambulante oder stationäre, medizinische oder berufliche Rehabilitation) und der jeweiligen Kostenträger ermöglicht und gefördert wird, wozu umgekehrt die ökonomischen (und sonstigen) Interessen der Kostenträger ebenfalls förderlich beitragen. Dahinter stehen rechtliche Vorgaben, die eine »Isolation« der verschiedenen Leistungsbereiche zumindest nicht behindern.

Dies erkennend, hat der Gesetzgeber, ergänzend zu den isolierenden Detailgesetzen für die einzelnen Leistungsbereiche, Gesetze zur Förderung integrierter Behandlungsabläufe erlassen. Im Bereich der Akutbehandlung sind dies die durch das Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung 1997 eingeführten Möglichkeiten von Praxisnetzen im Rahmen von Strukturverträgen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen (§ 73a SGB V) und von Modellversuchen (§ 63 ff. SGB V) sowie insbesondere die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 explizit eingeführte Integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V). In Konkurrenz zur Integrierten Versorgung führt das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme; DMP) für chronische Krankheiten ein, in denen zugelassene Leistungserbringer spezielle, vertraglich verein-

barte Leistungen mit definierten Abläufen erbringen. Im Bereich der Rehabilitation widmet sich ein umfangreiches, neues Gesetzbuch (SGB IX) der Integration.

### Rechtliche Vorgaben zu einzelnen Leistungsbereichen

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGBV), zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung (§ 11 (1) und § 23 SGBV), und zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26). Sie haben auch Anspruch auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht (§ 11 (2) SGBV). Der Leistungsanspruch wird vom Wirtschaftlichkeitsgebot eingeschränkt: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« (§ 12 (1) SGBV)

Der Anspruch auf Krankenbehandlung wird in § 25 SGBV konkretisiert: »Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, ... Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.«

§ 28 SGB V konkretisiert, was unter ärztlicher Behandlung zu verstehen sei: »Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und

zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. ... Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. ...«

Auch der Anspruch auf Arzneimittel wird konkretisiert: Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 ausgeschlossen sind (§ 31 SGBV), wobei § 34 die sog. Negativliste beschreibt (die Neuropsychopharmaka nicht betrifft). Sobald die Positivliste der, zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen Arzneimittel, per Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit erlassen sein wird, wird sich der Anspruch auf in diese Liste aufgenommene Pharmaka beschränken (§ 33a SGB V). Mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) und hier insbesondere dem neu formulierten § 84 (Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen) erhöht sich die individuelle ärztliche Verantwortung für wirtschaftliches Ordnungsverhalten, da anderenfalls die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a SGBV droht. Damit werden künftig ökonomische Kriterien die Auswahl der Arzneimitteltherapie verstärkt bestimmen.

Durch das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) wurde § 73 (5) SGBV umformuliert: »Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 beachten. Sie können auf dem Verordnungsblatt ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben. ...«, womit die bisherige Aut-idem-Regelung umgekehrt wird. Macht der verordnende Arzt von seiner Ausschlussoption keinen Gebrauch, so haben ggf. gemäß § 129 (1) (neu) SGBV »die Apotheken ein preisgünstigeres Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt ...«. Ob ein Arzneimittel als preisgünstig anzusehen ist, orientiert sich mit et-

was komplizierten Detailregelungen am unteren Drittel der Preisspanne. Dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird aufgegeben, in den Richtlinien nach § 92 (1) SGBV »Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit« zu geben. Infolge des AABG besteht also kein Anspruch mehr auf ein Arzneimittel mit spezifischem Warenzeichen, sondern der Anspruch des Kranken wird auf einen bestimmten Wirkstoff in einer bestimmten Darreichungsform und Packungsgröße beschränkt. Daraus können sich neue Probleme ergeben, hier – unter der Perspektive der Integration – insbesondere Probleme für die bei psychisch Kranken ohnehin häufig eingeschränkte Therapietreue (Compliance).

Der Anspruch auf Soziotherapie (§ 37a SGBV) beschränkt sich auf den Fall, dass dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Krankenhausbehandlung ist dann erforderlich, wenn nach Prüfung durch das Krankenhaus das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung, einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann (§ 39 SGBV). Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege (§ 37 SGBV) ist für psychisch Kranke noch nicht durch entsprechende Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen umgesetzt worden.

Entsprechend § 118 (2) SGBV haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker festgelegt, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen bedürfen. Danach liegt das Ziel darin, bei Kranken durch Behandlungskontinuität Behandlungsabläufe zu optimieren, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. Gemeint sind »Personen, bei denen einerseits in der Regel langfristige, kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist und andererseits mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegen stehen«. Die Institutsambulanz ist also ein Instrument der Integration von Versorgungskomponenten.

Reicht eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die

Behandlungsziele zu erreichen, gewähren die Krankenkassen (§ 40 SGBV) oder andere Solizalleistungsträger in gegenseitiger Abstimmung (SGB IX) in wohnortnahen Einrichtungen ambulante oder, wenn diese nicht ausreichen, stationäre Rehabilitationsleistungen. Anspruch auf Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie besteht zulasten der Krankenkassen nur (§ 42 SGBV), wenn keine anderen Träger der Sozialversicherung zuständig sind. Die verschiedenen Solizalleistungsträger haben sich hierüber abzustimmen (SGB IX).

### Notwendigkeit der Integration in der psychiatrischen Versorgung

Rund ein Drittel der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden für Krankenhausbehandlung verbraucht. Bei psychischen Krankheiten sollen dies laut Gesundheitsbericht 1998 sogar rund 80 % sein (was sich anhand der publizierten, aggregierten Daten nicht nachvollziehen lässt, weshalb Zweifel berechtigt sind). Akzeptiert man aber, dass ein psychiatrischer Krankenhausaufenthalt für den Betroffenen einen erheblichen Eingriff in seine Autonomie und seine Lebenskontinuität darstellt, der ihn seinem Lebensfeld entfremden kann, so sollte diese Belastung so weit minimiert werden, dass eine vernünftige Relation zum therapeutischen Gewinn besteht. Setzt man voraus, in Deutschland würden die Versorgungsangebote einerseits und die psychiatrische Morbidität andererseits regional nicht dramatisch variieren, so müsste die Inanspruchnahme psychiatrischer Krankenhausbehandlung und die Dauer des Verweilens im Krankenhaus regional in vergleichbarer Größenordnung liegen.

Das ist nicht der Fall (Abb. 1 und 2). Die Verweildauern variieren beträchtlich zwischen den Bundesländern. Weit überwiegend ist, seit diese Daten erhoben werden, eine Abnahme der mittleren Verweildauer zu verzeichnen. Es könnte angenommen werden, dass der Abnahme der Verweildauer eine größere Wirksamkeit der stationären Therapie und/oder eine Verbesserung der Möglichkeiten ambulanter Nachsorge zu Grunde liegt. Das erscheint allerdings wenig wahrscheinlich. Wahrscheinlicher ist, dass die Abnahme ganz wesentlich dem Kontrolldruck der Krankenkassen und ihres Medizinischen Dienstes (MDK) zuzuschreiben ist. Dafür spricht, dass die Abnahme der Verweildauer im Beobachtungszeitraum (1997–1999) sig-

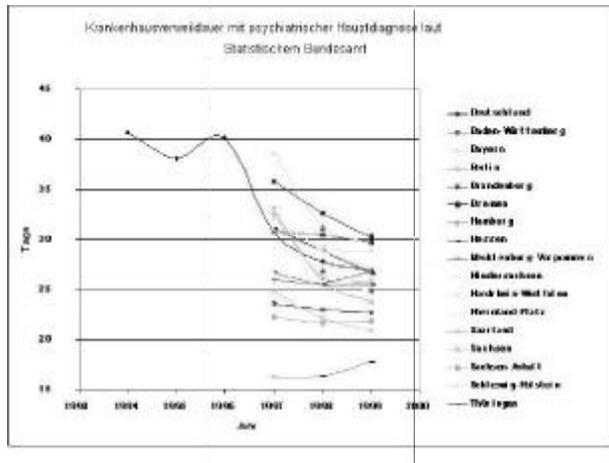


Abb. 1: Verweildauer im Krankenhaus mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Bundesländern (Daten des statistischen Bundesamtes; die Daten differenzieren nicht nach der Art der Fachabteilung)

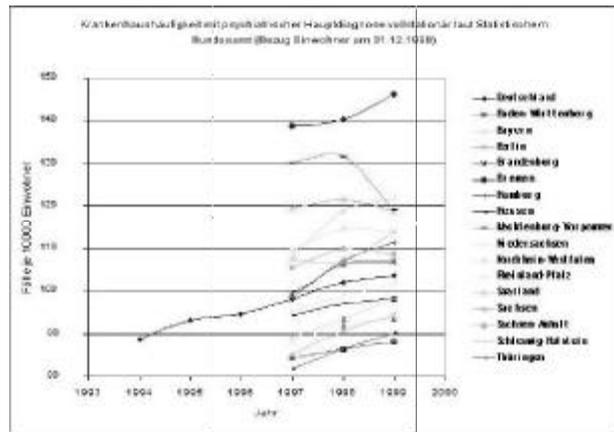


Abb. 2: Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Bundesländern (Daten des statistischen Bundesamtes; die Daten differenzieren nicht nach der Art der Fachabteilung)

nifikant mit der Verweildauer im Jahr 1997 korreliert ( $r = 0,8$ ); die Interventionen der Kostenträger werden desto heftiger ausgefallen sein, je höher die Verweildauer war. Es kann sich aber auch um einen rein statistischen Zusammenhang handeln, indem naturgemäß das Ausmaß einer Abnahme der Verweildauer desto stärker ausfallen kann, je höher die Verweildauer ursprünglich lag.

Parallel zur Abnahme der Verweildauer ist eine Zunahme der Krankenhaushäufigkeit zu verzeichnen (Abb. 2). Dies könnte darauf hinweisen, dass abnehmende Verweildauer mit zunehmender Wiederaufnahmerate erkauft wurde. Hierfür sprechen Analysen anderer Autoren bezüglich der Alkoholkrankheit. Die Zunahme der Inanspruchnahme korrelierte allerdings nicht signifikant mit der Abnahme der Verweildauer ( $r = 0,18$ ).

Entscheidend für die Frage der Notwendigkeit der Integration ambulanter und stationärer Behandlungskomponenten ist aber das Ausmaß der Variabilität von Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer zwischen den Bundesländern. Es ist nicht zu erwarten, dass sich diese Variabilität wesentlich aus unterschiedlicher Morbidität erklärt. Andererseits müsste die ambulante Unterversorgung in Regionen mit hoher Krankenhäufigkeit ausgeprägt sein, um die Variabilität zu erklären. Deshalb wurden – deskriptiv gemeinte – Korrelationen geprüft. Im Gegenteil aber war die Krankenhaushäufigkeit desto höher, je höher die Arztdichte generell (Vertragsärzte je 10000 Einwohner;  $r = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ; Abb. 3a) und die Dichte der Nervenärzte (Vertragsnervenärzte je 10000 Einwohner;  $r = 0,68$ ,  $p < 0,05$ ; Abb. 3b) war. Dasselbe gilt für die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,05$ ; Abb. 4). Für andere Berufsgruppen und Einrichtungen sind vergleichbare Analysen nicht möglich, da die entsprechenden Daten nicht zugänglich sind. Kein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen der mittleren Verweildauer (1999) und der Dichte der Ärzte generell ( $r = 0,35$ ) und derjenigen der Nervenärzte ( $r = 0,37$ ). Hier ist aber immerhin beachtlich, dass sich nicht einmal ein Trend in Richtung eines negativen Zusammenhangs ergab. Auch der Zusammenhang zwischen Verweildauer und Dichte der Psychotherapeuten war positiv ( $r = 0,5$ ,  $p < 0,05$ ).

Ob sich die regionale Variabilität in Unterschieden der Behandlungsergebnisse (Outcomes) niederschlägt, lässt sich nicht beurtei-

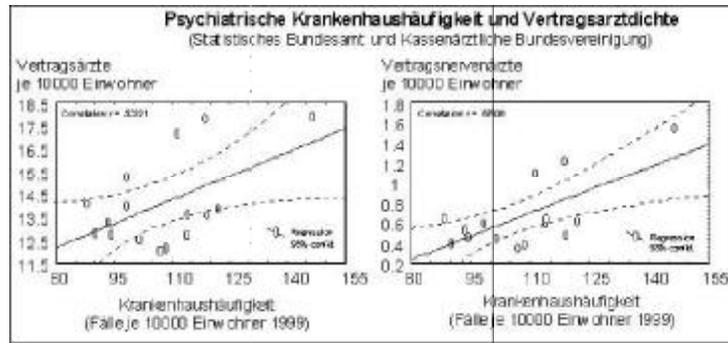


Abb. 3: Zusammenhang zwischen Krankenhaushäufigkeit und Dichte der zugelassenen Ärzte generell (a) und der zugelassenen Nervenärzte (b) in den Bundesländern (nach Daten des Statistischen Bundesamtes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).<sup>1</sup>

len, da hierzu vergleichende Erhebungen fehlen. Als grobes Outcome-Maß könnte man die Suizidrate in den Bundesländern heranziehen, die allerdings noch von vielfältigen anderen Faktoren abhängt als der Dichte und Qualität der Versorgungsangebote. Hier ergab sich (Abb. 5), dass die Krankenhaushäufigkeit wegen psychiatrischer Hauptdiagnose (1998) desto höher war ( $r = 0,45$ , ns), je höher die Suizidrate in den Bundesländern. Dasselbe galt für die Verweildauer ( $r = 0,39$ , ns). Jedenfalls hingen aber Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer im Trend positiv mit der Suizidrate zusammen. Dies ist jedoch letztlich nicht in kausalem Sinne interpretierbar, da eine traditionell hohe Suizidrate in einer Region gerade eine vorsorglich hohe Inanspruchnahme bewirken kann. Allerdings weist Sachsen (traditionell) die höchsten Suizidraten auf, gehört aber zu den Bundesländern mit der geringsten psychiatri-

1 Redaktionelle Anmerkung: Die den Abbildungen 3 und 4 zugrunde liegenden Daten sind zum einen der Fachserie 12 (Gesundheitswesen), Reihe 6 (Krankenhäuser) des Statistischen Bundesamtes entnommen ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)), zum anderen stammen sie, nach Auskunft des Autors, aus Datenbeständen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Für nähere Auskünfte wenden Sie sich bitte an den Autor.

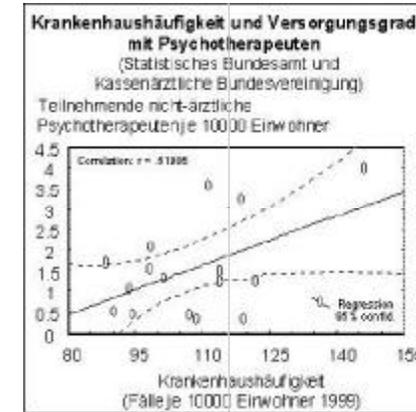


Abb. 4: Zusammenhang zwischen Krankenhaushäufigkeit und Dichte der teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in den Bundesländern (nach Daten des Statistischen Bundesamtes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

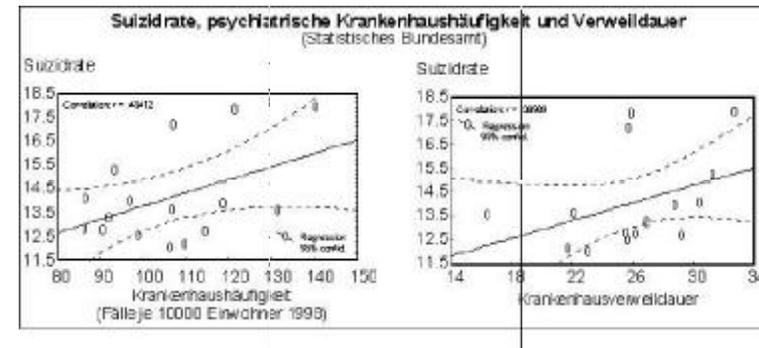


Abb. 5: Zusammenhang zwischen Suizidrate und Krankenhaushäufigkeit bzw. Krankenhausverweildauer in den Bundesländern (nach Daten des Statistischen Bundesamtes).

schen Krankenhaushäufigkeit. Methodisch ist dabei zu bedenken, dass die Zusammenhänge zwischen Versorgungsgrad und Inanspruchnahme einerseits und Outcomes andererseits vermutlich eher zeitreihenanalytisch betrachtet werden müssten. Schlussendlich ist unbekannt, welcher Versorgungsgrad die günstigsten Outcomes ermöglicht. Jüngste Analysen aus der Schweiz (Domenighetti & Crivelli: Versorgungssicherheit in der ambulanten Medizin im Rahmen der Aufhebung des Vertragszwangs. Santésuisse 2001), die sich allerdings nicht speziell der psychiatrischen Versorgung widmen, kommen zu der Schlussfolgerung, dass oberhalb eines – bisher nicht objektiv identifizierten – Mindestversorgungsgrades eine weitere »Verbesserung« des Versorgungsgrades nicht zu weiteren Verbesserungen der Outcomes führt.

Die skizzierten Zusammenhangsanalysen könnten für einzelne Krankheitskategorien differenziert werden, was aber wohl die zugänglichen Daten zu sehr belasten würde und über den hier gegebenen Zusammenhang hinausginge. Letztlich bleibt nur die Konsequenz, dass zwischen Versorgungsgrad mit ambulanten Angeboten – soweit Daten verfügbar sind – und Inanspruchnahme vollstationärer Behandlung keine medizinisch plausiblen Zusammenhänge erkennbar sind und dass die Auswirkungen des Versorgungsgrades und der Inanspruchnahme auf die Outcomes unbekannt sind. Die regionale Variabilität von Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer wird vermutlich von lokalen Gegebenheiten bestimmt, die sich der Analyse entziehen. Der Variabilität liegen vermutlich sehr wohl lokale Rationalitäten zu Grunde, nämlich Defizite in Koordination und Kooperation zu kompensieren.

Dass solche Defizite (in Übereinstimmung mit den hier präsentierten, groben Analysen) bestehen, wird kaum infrage gestellt. So lässt sich aus der jährlichen Zahl von Krankenhausaufnahmen (Fällen) wegen schizophrener Psychosen (rund 120.000) angesichts der geringen Inzidenz (rund 12.000 Neuerkrankungen) ableiten, dass im Mittel jeder schizophrene Kranke in jedem zweiten bis dritten Jahr einer Krankenhausbehandlung bedarf; dies stimmt mit einer Non-Compliance von ungefähr 50 % in der rezidivprophylaktischen Pharmakotherapie überein. Schätzungen der Inanspruchnahme der Lithiumprophylaxe affektiv Kranker anhand der Daten der Verordnungsanalysen der Krankenkassen (Arzneiverordnungsreport) legen nahe, dass diese unter 10 % des Bedarfs liegt.

Folglich bedarf es einer Bündelung und Abstimmung der Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Deshalb machen Gesetze Sinn, die Anreize für integriertes Handeln bieten, also die einzelnen Leistungsangebote, auf die gesetzlicher Anspruch besteht (wie oben zusammengefasst), in geordnete, zielgerichtete Prozesse zu integrieren.

### Integrierte Versorgung

Die gesetzlichen Regelungen zur integrierten Versorgung in §§ 140a–g SGB V stellen einen weiteren Versuch dar, die Abschottung zwischen den Versorgungssektoren (ambulant, stationär, Rehabilitation) zu überwinden (§ 140a(1) SGB V). Politisches Hauptziel ist dabei, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

Die Krankenkassen können mit Gemeinschaften zugelassener Ärzte (das sind auch gesamte Kassenärztliche Vereinigungen), Gemeinschaften oder einzelnen »sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern« (wie z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten), zugelassenen Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen (§ 140b). Die Verträge müssen eine wirtschaftliche und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende (gemäß Urteil des Bundesausschusses) Versorgung gewährleisten.

Die Verträge müssen mit der zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu schließenden Rahmenvereinbarung (§ 140d SGB V) in Einklang stehen. Ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung nicht Vertragspartner, so kann sie dem Vertrag widersprechen, aber nur insoweit, als er nicht mit der Rahmenvereinbarung übereinstimmt. Die Vorschriften zur Vergütung (§ 140c) lassen verschiedene Optionen offen, ermöglichen aber die Übernahme der gesamten Budgetverantwortung durch die Vertragspartner oder auch von Teilbereichen (kombinierte Budgets). Die Gesamtvergütungen sind im Interesse der Beitragsstabilität um die Vergütungsanteile der integrierten Versorgung zu bereinigen (§ 140f).

Der Einbezug von Hausärzten ist verpflichtend; welche weiteren Fachgruppen zu beteiligen sind bleibt optional. Die Versicherten können sich freiwillig einschreiben. Sie verpflichten sich, die

Steuerungsfunktion des Hausarztes (Gatekeeper) als primärer Anlaufstelle zu akzeptieren. (Die Eignung eines solchen Modells für chronisch psychisch Kranke mag dahingestellt bleiben.) Der Versicherte hat dem Datenaustausch zwischen den Vertragspartnern zuzustimmen. Dem Versicherten kann als Satzungsleistung ein Bonus gewährt werden, sofern die integrierte Versorgung Einsparungen ermöglicht hat.

Die am 27.10.2000 zur Vermeidung der Ersatzvornahme geschlossene Rahmenvereinbarung nach § 140d SGBV geht über den Inhalt des Gesetzes nur insofern hinaus, als sie einen (komplizierten) mathematischen Algorithmus zur Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütungen (§ 16 der Rahmenvereinbarung) festlegt. Ansonsten bleiben die vom Gesetz vorgegebenen Optionen offen. Eine (fakultative, § 140e) Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Regelung des stationären Sektors ist bisher nicht zu Stande gekommen.

Verträge gemäß § 140b SGBV scheinen bisher nicht zu Stande gekommen zu sein, jedenfalls nicht in bedeutsamem Umfang und nicht unter Beteiligung psychiatrischer Einrichtungen. Das ist – gerade wegen des Integrationsbedarfes in der psychiatrischen Versorgung – bedauerlich. Gründe liegen vermutlich in der Komplexität des Verfahrens. Gründe liegen aber auch darin, dass die Krankenhäuser in solchen Verträgen Erweiterungen ihrer ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erreichen wollen, was mit den Interessen der nur ambulant tätigen Berufsgruppen kollidiert.

Vermutlich bestehen aber auch grundlegende Bedenken aller potenziellen Vertragspartner, einerseits ökonomische Verantwortung an integrierte Versorgungsnetze abzugeben, dies auch vor dem Hintergrund, dass bisher solche Netze im Rahmen von Modellvorhaben (§63 SGB V) oder Strukturverträgen (§ 73a SGB V) ökonomisch wenig erfolgreich waren. Andererseits bestehen aber wohl auch Bedenken, solche ökonomische Verantwortung zu übernehmen. Dabei wären die Risiken aufseiten der niedergelassenen Ärzte gering, indem die Teilnahme an Integrierter Versorgung die weitere vertragsärztliche Tätigkeit nicht ausschließt. Schließlich hat die Realisierung der Integrierten Versorgung durch die Diskussion über Disease-Management-Programme und deren Einführung an Kraft verloren.

### Disease-Management-Programme

In gewisser Konkurrenz zur integrierten Versorgung, die jedem Versicherten unabhängig von seinem Gesundheitszustand offen stehen soll, hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme; DMP) für chronische Krankheiten, die das Bundesministerium auf Empfehlung des Koordinierungsausschusses (§137e SGBV) per Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGBV festlegt, eingeführt (§ 137f SGBV). Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 07.02.2002 den Diabetes mellitus (Typ 1 & 2), chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, den Brustkrebs und die koronare Herzkrankheit benannt.

Den Programmen haben Evidenz-basierte Leitlinien zugrunde zu liegen. Sie sind vom Bundesversicherungsamt zuzulassen (§ 137g SGBV). Die Leistungsausgaben für eingeschriebene chronisch kranke Versicherte sind im Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu berücksichtigen, d.h. je mehr eingeschriebene Versicherte eine Krankenkasse hat, desto höher fällt der ihr von anderen Krankenkassen zufließende Ausgleichsbetrag aus. Einzelne Krankenkassen oder Krankenkassenverbände schließen mit zugelassenen Ärzten oder Ärzteguppen (d.h. auch und voraussichtlich vorzugsweise ganzen Kassenärztlichen Vereinigungen) Verträge über die in den DMPs zu erbringenden Leistungen.

Mit gewissem Erstaunen ist zur Kenntnis zu nehmen, dass psychische Krankheiten bei der Auswahl nicht einmal zur Diskussion gestanden haben. Inoffiziell wird dies damit begründet, bei psychischen Krankheiten sei die wissenschaftliche Evidenz noch nicht hinreichend belastbar, um aus solchen Programmen Verbesserungen der Behandlungsergebnisse und Kostenersparnisse erwarten zu können.

## Multiprofessionelle Behandlung (fast) ohne Bett: Beispiele und Diskussionen aus Großbritannien und den USA

Michaela Amering

Um hier etwas zu der Frage zu sagen, wie es (fast) ohne Betten gehen kann, möchte ich mich in einer Debatte verankern, die eine ideologische Positionierung nahe legt. Der Grund dafür ist, dass einige der wesentlichen wissenschaftlichen Fragen zu diesem Thema derzeit ungelöst sind; nämlich 1. die Frage danach, ob und welche Mindestbettenanzahl notwendig ist [13, 21] aber auch 2. die Frage nach Wirksamkeit, Indikation und evtl. unerwünschten Wirkungen von gemeindeintegrierten Akutversorgungsmöglichkeiten sowie der »Dosis«, also der Intensität der nötigen gemeindeintegrierten Interventionen, die Hospitalisierungen verhindern können, wie die Diskussionen um die Untersuchungen zu »Assertive Community Treatment« (ACT), »UK700«, und »PriSM« zeigen (siehe unten).

Meine Arbeit als Psychiaterin (»Consultant Psychiatrist«) in Nord-Birmingham über zwölf Monate im Jahr 2000/2001 hat mich derart beeindruckt, dass ich mir die Psychiatrie nunmehr tatsächlich (fast) ohne Betten vorstellen kann. Die besondere Situation in Birmingham, die eine solche Position nahe legt, möchte ich zuerst hier beschreiben, um dann kurz die Diskussion in UK (United Kingdom) zu diesem Thema zu umreißen. Die Diskussion beinhaltet u. a. die Frage, ob ein US-amerikanisches Modell wie ACT in UK übernommen werden soll und kann. Der Einfluss von Len Stein und ACT [27] auf das Modell in Nord-Birmingham ist beträchtlich und wird in UK ebenso heftig diskutiert wie ein Beispiel aus den USA, nämlich Richard Warner's Betreuungskonzept in Boulder/Colorado [31], was direkt zu einer anderen Kernfrage zur Psychiatrie ohne Betten führt, nämlich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses in der Gemeinde.

### Nord-Birmingham, UK

Birmingham ist die zweitgrößte Stadt in England. Über eine Million Menschen wohnen in dieser Industriestadt, die über ein großes Areal ausgebreitet ist. Der öffentliche Verkehr ist nicht besonders gut

entwickelt. Der für die psychiatrische Versorgung von Nord-Birmingham (etwa 600.000 Einwohner) zuständige »Northern Birmingham Mental Health Trust« leistet die gesamte spezialisierte psychiatrische Betreuung und hält das gesamte Budget für intra- und extramurale Leistungen. Unter diesen so versorgten Bezirken befinden sich nicht wenige, die durch enorme soziale Deprivation gekennzeichnet sind, sowie durch einen hohen Anteil an kulturellen Minderheiten.

In den letzten Jahren hat sich die psychiatrische Versorgung in Nord-Birmingham rapide und dramatisch verändert. In einer Region, in der über 80 % der Mittel in großen Psychiatrischen Krankenhäusern gebunden waren, wurde innerhalb sehr kurzer Zeit ein integratives Modell gemeindenaher Betreuung etabliert. Nur ein geringer Prozentsatz der Betten steht zur Verfügung, meist davon in kleinen Einheiten in der Gemeinde. Das Personal aus den Krankenhäusern wurde auf gemeindeintegrierte Teams aufgeteilt. Diese Teams spiegeln eine der Besonderheiten von Nord-Birmingham wider, nämlich eine Struktur von »funktionalisierten« Teams mit unterschiedlichen Aufgaben – im Gegensatz zu den in UK meist üblichen »generischen« Teams, die als *ein* »Community Mental Health Team« (CMHT) unterschiedliche Aufgaben erfüllen. Die Funktionen dieser Teams und Hinweise auf die Diskussion »generisch versus funktionalisiert« werden weiter unten dargestellt.

Eine Führungsgruppe aus administrativem Direktor, ärztlichem Leiter (S.P. Sashidharan) und Pflegedirektion haben sehr klare Vorstellungen wie die Versorgung verändert werden soll [23, 22] und haben diese Veränderungen »top down« durchgesetzt. Ein weitgehender Verzicht auf Hospitalisierungen spielt dabei eine große Rolle. Menschen in psychischen Krisen sollen dort behandelt werden, wo sie leben. Spezialisierte Einrichtungen wurden entwickelt, die die Teams dabei unterstützen, kulturell und sprachlich adäquat Kontakt mit ihren PatientInnen aufnehmen zu können. Schwerpunkte dabei sind die afrokaribische Kultur (Frantz Fanon Center) – sie ist besonders relevant, da ein Großteil der Akutaufnahmen junge schwarze Männer betrifft – sowie die Personengruppe, die in UK »Asian« genannt wird, womit hauptsächlich Inder, Pakistani, Bangladesher und Sri Lanker gemeint sind [9]. International bekannt ist auch die »Early Intervention«-Spezialisierung unter der Leitung von Max Birchwood [3].

In sechs geografischen Bezirken haben die im Folgenden beschriebenen Teams die volle Verantwortung für alle spezialisierten Leistungen für Erwachsene (Altersspektrum etwa 18–65 Jahre) mit psychiatrischen Erkrankungen. Alle Teams bestehen aus »Community«-Pflégern und Schwestern unterschiedlichen Kompetenzgrades, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, PsychologInnen und PsychiaterInnen. »Northern Birmingham Mental Health Trust« versucht, soweit als möglich, Profis anzustellen, die selbst Erfahrung mit psychischen Krisen und Erkrankungen haben bzw. stellt auch »Peer-Specialists« an, also MitarbeiterInnen, deren Kompetenz in der eigenen Erfahrung mit psychischer Erkrankung gründet.

1. »**Primary Care Mental Health Teams**«, die in enger Zusammenarbeit mit den praktischen ÄrztInnen möglichst alle PatientInnen betreuen. Sie reagieren auf Zuweisungen von praktischen ÄrztInnen und anderen Einrichtungen und evaluieren die Betreuungssituation und einen eventuellen Bedarf an intensiveren und/oder spezialisierteren Interventionen, zu denen sie dann weiterverweisen. Sie haben ihre Basis in der Gemeinde und können dort von PatientInnen aufgesucht werden. Außerdem besuchen sie regelmäßig die Praxen der praktischen ÄrztInnen, beraten dort ÄrztInnen und nehmen Kontakt zu den PatientInnen auf und machen Hausbesuche. Etwa 70 % aller KlientInnen werden durch diese Teams betreut.
2. »**Rehabilitation and Recovery**« und »**Assertive Outreach**« (AOT) genannte Teams wenden sich an KlientInnen mit schweren Störungen und intensivem Betreuungsbedarf über längere Zeit. Sie sind für etwa 20 % aller KlientInnen zuständig. Ebenfalls in der Gemeinde beheimatet, sind diese Teams sehr viel unterwegs, können aber auch aufgesucht werden. In manchen Fällen gibt es in den Zentren auch Tagesprogramme für die KlientInnen (z.B. Phoenixcenter in Kingstanding). Die »Rehab and Recovery Teams« haben einen Betreuungsschlüssel bis 1:25 und sind für betreuungsintensive, aber behandlungswillige KlientInnen da und arbeiten zu den üblichen Wochenarbeitszeiten. »Assertive Outreach« kümmert sich um eine ganz besondere Gruppe von KlientInnen, mit einer langer Geschichte von Non-Compliance, mehreren Aufnahmen gegen ihren Willen, forensischer Geschichte und Komorbidität mit Drogenproblemen. Hier ist der Betreuungsschlüssel 1:10 und diese Art der Betreuung kommt den

klassischen »ACT Teams« (Assertive Community Treatment) am nächsten. Sie arbeiten zwölf Stunden täglich, an sieben Tage der Woche und haben einen nächtlichen Bereitschaftsdienst. Zuweisungen zu diesen beiden Teams kommen von »Primary Care«.

3. »**Home Treatment Teams**« (HTT) sind für die Akutbetreuung da. Alle akuten Krisen werden von den »Home Treatment Teams« betreut, unabhängig davon, woher die Zuweisung kommt oder wo der Mensch in Krise sich befindet (Privathaus, Arztpraxis, Polizeistation etc.). Die Situation wird vor Ort evaluiert und die Behandlung beginnt sofort. Die »Home Treatment Teams« arbeiten mit dem Auftrag, Krisen in der Gemeinde zu betreuen und zu behandeln, rund um die Uhr, sieben Tage in der Woche. Sie sind mobil und können nicht aufgesucht werden. Krankenhausaufnahmen können nur durch diese »Home Treatment Teams« erfolgen, Entlassungen werden mit ihnen geplant und von ihnen betreut.

Zur Argumentation für die Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung in Nord-Birmingham werden im Wesentlichen drei Motivationsstränge bemüht [33]:

- a) Die Orientierung an Wünschen und Forderungen der KlientInnen von psychiatrischen Diensten
- b) Die Datenlage zu Alternativen zu Hospitalisierung durch Intensivbehandlung zu Hause (»Home Treatment«)
- c) Die Entwicklung und wissenschaftliche Überprüfung von »Assertive Community Treatment« (ACT)

ad a) Die Ergebnisse einer Übersichtsarbeit über Forschung und Literatur zu *Wünschen und Forderungen von KlientInnen* [32] mit den Schwerpunkten

- Alternativen zur Krankenhausaufnahme (u.a. 24 Stunden Krisenhilfe, Krisenplätze in der Gemeinde, Krisenhilfe zu Hause),
- Rund-um-die-Uhr-Hilfe in Nicht-Krisen-Situationen,
- praktische Hilfen bezüglich Wohnen, finanzieller Unterstützung, Heimhilfe, Arbeits- und Beschäftigungssuche,
- Unterstützung für Angehörige,
- von Betroffenen geleitete und Selbsthilfe-Einrichtungen werden als eine Planungsgrundlage genannt.

Eine radikale Orientierung an den Wünschen der Betroffenen und ein weitgehender Verzicht auf Zwangsmaßnahmen prägen die Philosophie des Trusts. Des Weiteren versucht der Trust seiner Verpflichtung nachzukommen, KlientInnen zur Mitarbeit in bezahlten und unbezahlten Funktionen zu ermutigen, z.B. als »peer-specialists« als Mitglieder der Betreuungsteams, sowie als KonsulentInnen in Planung, als AusbilderInnen in der Mitarbeiterentwicklung [25]. Die Rolle der KlientInnen bei den Einstellungsgesprächen, die ich miterlebt habe, hat mich sehr beeindruckt. Das von Betroffenen geleitete Krisenhaus »Anam Cara«, in Nord-Birmingham, hat nationale und internationale Anerkennung gefunden und wird derzeit vergrößert. Mein Kontakt zu Nord-Birmingham kam durch Ron Coleman zu Stande, eine der herausragenden Persönlichkeiten der Betroffenenzene in UK [8]. Ron arbeitet als Konsulent, Trainer und Betreuer in Nord-Birmingham.

ad b) Für das Thema, wie es (fast) ohne Betten gehen soll, sind besonders relevant die »*Home Treatment Teams*«. John Hoult in Australien [14] und Christine Dean in Birmingham [11] waren unter den Ersten, die durch Publikationen zu Akutbehandlungen durch Krisenteams aufhorchen ließen. Beide haben am Umbau von Nord-Birmingham mitgearbeitet. Der andere Einfluss ist der von Len Stein, Begründer von ACT – Assertive Community Treatment [26, 27], aus Madison, einer Modellregion in USA. ACT ist das Modell, das heute die gemeindenahere Versorgung in den USA prägt.

Hoult's Studie vergleicht zwei Gruppen mit jeweils 60 akut erkrankten PatientInnen, die randomisiert entweder einer Behandlung im Krankenhaus mit der üblichen Folgebehandlung oder einer Betreuung durch ein »Home Treatment Team«, das im Krisenstadium intensive Betreuung zu Hause (24 Stunden Erreichbarkeit, Hausbesuche so oft als nötig) leistete und als Nachbehandlung »Assertive Community Treatment« anbot, zugeteilt wurden. Die Resultate seiner Untersuchung über zwölf Monate zeigten große Unterschiede zwischen der Standard-Gruppe und der experimentellen Gruppe im Hinblick auf Krankenhaustage (53 gegenüber 8 Tagen), Anteil der PatientInnen ohne Klinikaufenthalt (4 % versus 60 %), und zeigten, dass PatientInnen sowie Angehörige die gemeindeintegrierte Akutbehandlung guthießen, dass im Hinblick auf Psychopathologie nach zwölf Monaten gemessen mit PSE die experimentelle Gruppe besser abschnitt, und dass die Betreuung über das Home Treat-

ment Team billiger war als die Standardbetreuung. Deans Untersuchung in zwei Bezirken von Birmingham, zum Vergleich der damals üblichen Betreuung mit dem Einsatz von »Home Treatment Teams« zur Akutbetreuung, ergab Ähnliches (nur ein Sechstel der Krankenhaustage für Home Treatment PatientInnen, große Akzeptanz und Zufriedenheit bei KlientInnen wie bei Angehörigen, bessere Compliance über längere Zeit).

Für die Planung und Entwicklung der Akutbehandlungen zu Hause durch die »Home Treatment Teams« in Nord-Birmingham waren die Arbeiten und der Einsatz von Christine Dean und von John Hoult von wesentlicher Bedeutung. Beide haben in den ersten Jahren des Umbaus der Dienste in Nord-Birmingham gearbeitet und Teams aufgebaut.

Die Untersuchungen zu dieser Form von Akutinterventionen zeigen, dass es in vielen Fällen möglich ist, bei PatientInnen, die im üblichen System für eine stationäre Aufnahme vorgesehen wären, die stationäre Behandlung zu vermeiden, wenn ein mobiles 24 Stunden-Krisenteam zur Verfügung steht, und dass auch Zwangsaufnahmen auf diese Weise vermieden werden können [7, 10].

Als Evidence Base für die Entwicklung in Nord-Birmingham führen Wood and Carr weiter an, dass klar gezeigt werden konnte, dass die Anzahl von Kliniktagen dramatisch reduziert werden kann [33]. Marks et al. [16] zeigen, dass die Reduktion bis zu 80 % möglich wird mit einem Home Treatment Team, das, auch im Fall einer Hospitalisierung, die Verantwortung für die Behandlung behält; Burns et al. [7] weisen auf die Halbierung der Kliniktage in einem randomisierten Design hin; Muijen et al. [20] beschreiben eine Reduktion von 80 % über drei Jahre und kein Anstieg der Anzahl der Aufnahmen; Dean and Gadd [10], zeigen die Halbierung der Bettenbelegung durch zusätzliche Einführung einer 24 Stunden Dienstbereitschaft in einem Team, das Home Treatment anbietet.

Für Home Treatment sprechen auch die Ergebnisse in Hinblick auf Zufriedenheit mit der Betreuung und Compliance mit den Angeboten über längere Zeiträume [2, 11, 7, 20], sowie gute Ergebnisse zu Zufriedenheit und Ausmaß der Unterstützung für Angehörige [11, 20, 16], speziell für eine Stadt wie Birmingham wesentlich auch die Daten zur hohen Akzeptanz von Home Treatment für afrokaribische KlientInnen [20] und KlientInnen der »asian« (siehe oben) Minderheiten [10].

Das »Home Treatment Team«, mit dem ich gearbeitet habe, ist für alle akuten psychiatrischen Krisen in einem Gebiet mit 80.000 Einwohnern zuständig. Das Team besteht aus 16 Personen, hauptsächlich Pfleger und Schwestern, aber auch SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen, sowie peers. Diese arbeiten in zwei täglichen Schichten, zwei Personen haben Nachtdienst. Die Arbeitszeiten sind nicht unähnlich denen im Krankenhaus. Tagsüber ist ein Psychiater dem Team zugeteilt, nachts und an den Wochenenden rückt ein Dienst habender Arzt aus, der auch noch andere Aufgaben hat. Jeder Mensch mit einer akuten psychiatrischen Krise im Bezirk kommt mit diesem Team in Kontakt und zwar eine halbe bis vier Stunden nachdem das Team von der Krise erfahren hat, je nach Dringlichkeit. Oft wird das Team durch den zuvor konsultierten Hausarzt alarmiert. Manchmal rufen Angehörige und Freunde des Patienten an, oftmals PatientInnen selbst; manchmal ist es die Polizei, die angerufen wurde, weil jemand tobt, als gefährdet oder als gefährlich erlebt wurde. Eine ÄrztIn und ein bis zwei andere Teammitglieder sausen dann los und versuchen so schnell wie möglich mit der Person in Krise in Kontakt zu kommen, wo immer sich diese befindet. Das Team verschafft sich einen Überblick über die Situation und die Natur der Krise und die Bedürfnisse der PatientIn und macht dann einen sofortigen Krisenmanagementplan.

Zum Beispiel fordert ein Hausarzt für eine depressive Frau, Mutter mehrerer Kinder, das Team an, da es im Verlauf der Depression mit massiven Antriebsstörungen zu einer Vernachlässigung des Haushalts und der Kinder gekommen ist, was bei der Patientin zu starken Schuldgefühlen und Selbstmordgedanken geführt hat. Die Sozialarbeiterin organisiert Hilfen zur Entlastung bei Haushaltsarbeit und Kinderbetreuung organisiert. Die Ärztin untersucht die Patientin und informiert sie über Depression und die Behandlungsmöglichkeiten. Die Mutter der Patientin, die sich bereit erklärt, einige Tage bei ihrer Tochter zu wohnen, wird in die Betreuung einbezogen. Zwischen dem Team und der Patientin wird vereinbart, dass das Team für die erste Woche der Behandlung zweimal täglich zu ihr kommt. Die Patientin und ihre Mutter bekommen eine Telefonnummer, mit der sie das Team rund um die Uhr erreichen können. Die größte Angst der Patientin, dass sie durch eine stationäre Aufnahme ihre Kinder verlieren könnte, ist nun gebannt.

Andere Einsätze sehen so aus: Der Hausarzt hat auf Ansinnen der Mutter eines psychotischen Sohnes die Familie aufgesucht. Seit Jahren war der Patient stabil gewesen und einer Arbeit nachgegangen. Er befand sich in Betreuung beim Hausarzt. Vor einigen Wochen, an seinem 40. Geburtstag, hatte er abrupt die Medikamente abgesetzt, um sein weiteres Leben ohne medikamentöse Hilfe zu verbringen. In den Wochen danach habe er sich total zurückgezogen, seinen Arbeitsplatz verlassen, schlafe kaum mehr und sitze tage- und nächtelang in seinem Zimmer und schreibe ununterbrochen. Er isst kaum, redet wirr und fürchtet sich panisch davor, wieder im psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen zu werden. Als wir ins Haus kommen, berichtet die Mutter das alles. Sie ist sehr aufgeregt und ebenfalls ängstlich, dass es zu einer stationären Aufnahme kommen muss. Heute hat es eine laute Auseinandersetzung zwischen Mutter und Sohn gegeben. Sie fürchtet sich nicht vor ihm, es habe noch nie Tötlichkeiten gegeben, aber alles ist so wie bei seiner letzten Psychose und vor seinem letzten stationären Aufenthalt. Roger, der Teamleiter, kennt den Patienten von früher. Die beiden unterhalten sich zuerst durch die geschlossene Tür von John's Zimmer, dann kommt John heraus. Die Ärztin ist neu, sie sei sehr nett, war ihm gesagt worden. Das ist ihm egal, er will nicht in die Klinik, er sei nicht psychotisch, und wenn er nur alles genau und vollständig aufschreibe, werde alles wieder gut. Deswegen kann er nicht schlafen und hat keine Zeit, mit uns zu reden und keine Zeit mit Psychiatrie zu vergeuden; er hat es eilig, alles muss notiert werden. Er ist sichtlich erschöpft und kann die Gedanken nur kurz zusammenhalten, will aber einen guten Eindruck auf mich machen. Wir können uns unterhalten, wenn die Mutter nicht dabei ist. Er ist keine Gefahr für sich oder andere, braucht aber dringend Hilfe, will jedoch keine von uns, auch nichts zum Schlafen. Er muss essen, das gibt er zu, aber die Begegnungen mit der Mutter beim Essen machen ihn fertig, daher komme er nicht aus seinem Zimmer. Eine Vereinbarung wird wie folgt getroffen. Wir machen klar, dass eine stationäre Aufnahme nicht unser Ziel ist. Das Team ist dazu da, stationäre Aufnahmen, wenn möglich, zu verhindern. In den nächsten Tagen wird Roger zweimal täglich kommen und nach Mutter und Sohn sehen. Morgen werden Roger und Sohn gemeinsam zum Mittagessen ins Pub gehen. Die Abendmedikation, die ich empfehle und die der Patient ablehnt, wird Roger täglich abends anbieten. Vielleicht

gelingt es ja doch mal, eine Nacht lang eine Arbeitspause zu machen. Mein Angebot, Alternativen zum plötzlichen Absetzen zu diskutieren, bleibt bestehen, und ich erhoffe mir, dass ich im Laufe der Woche dies mit Roger und dem Patienten besprechen kann. Sie werden mir Bescheid geben, wenn sie bereit sind. John sieht ein, dass seine Mutter große Sorge hat und Unterstützung braucht. Sie kann uns jederzeit anrufen, wenn sie das Gefühl hat, es geht so nicht mehr. Für solche Interventionen ist ein Krisenteam ideal geeignet.

John fasst im Laufe der nächsten Tage Vertrauen zu Roger, schläft zwei Nächte gut mit den angebotenen Medikamenten. In einem gemeinsamen Gespräch einigen wir uns auf eine Umstellung der Medikation und darauf, dass eine langsame Reduktion zu einem späteren Zeitpunkt ins Auge gefasst wird. John versteht jetzt das Risiko eines so plötzlichen Absetzens von Medikamenten nach so langer Zeit der regelmäßigen Einnahme. Er hat sich daran erinnert, dass am Beginn seiner Erkrankung jemand gesagt hatte, er müsse die Medikation bis zu 20 Jahre lang nehmen. Diese 20 Jahre waren an seinem 40. Geburtstag vergangen und er hatte gedacht, dass dies der richtige Zeitpunkt zum Absetzen sei.

Stationäre Aufnahmen können in Nord-Birmingham nur nach Intervention des »Home Treatment Teams« erfolgen. Das gilt für alle Patientinnen, unabhängig davon, ob ein anderes Team, der Hausarzt oder der/die Klient/in selbst die stationäre Aufnahme vorschlägt. Das Home Treatment Team versucht alles ihm mögliche, die Krise ambulant zu betreuen. Nur wenn das Team seine Möglichkeiten ausgeschöpft hat, organisiert das Team eine stationäre Aufnahme. Das kommt nicht sehr häufig vor. Wenn es passiert, wechselt die ärztliche Verantwortung nicht. Ich behandle die PatientInnen in der Klinik und das »Home Treatment Team« nimmt an der Klinikbehandlung teil wie auch die vorbetreuenden Teams, z.B. »Assertive Outreach« oder das »Primary Care Team«. Die Planung der Entlassung und ambulanten Weiterbetreuung beginnt sofort. Das »Home Treatment Team« bleibt so lange betreuendes Team bis die Krise beendet ist und der Kontakt zu der vorherigen Betreuungssituation wieder etabliert ist oder ein anderes Team die Betreuung neu übernehmen wird.

ad c) Das zweite Team, für das ich als Fachärztin zuständig war, war ein »*Assertive Outreach Team*« mit einem Einzugsgebiet von etwa 300.000 Einwohnern, wobei auch hier der Hauptteil der etwa 70

KlientInnen in unserer Betreuung aus Kingstanding (80.000 Einw.) kam, einer Gegend mit äußerst hoher sozialer Deprivation. »Assertive Outreach« ist für die gesamte Betreuung einer Gruppe fix definierter KlientInnen zuständig, akute Krisen eingeschlossen, hier manchmal mit Unterstützung durch das »Home Treatment Team«. Die Klientel ist wie folgt ausgewählt: Schwere psychische Erkrankung und über zweijährige Geschichte von wiederholten gewaltsamen stationären Aufnahmen und/oder forensische Geschichte und/oder Kombination mit Drogenmissbrauch.

Beide Teams hatten schwierige Zeiten durch die ärztliche Unterversorgung hinter sich. Dieser Umstand hat sie nicht davon abgehalten, hoch motiviert zu sein und ganz im Geiste einer extramuralen Versorgung zu arbeiten. So konnten wir schon in meinen ersten Wochen sehr viele PatientInnen aus der Klinik entlassen und haben nur mehr wenige aufgenommen. Zahlen festzustellen scheint ja immer schwieriger zu sein als man denkt. Ich war für alle PatientInnen aus den den Teams zugeordneten Bereichen zuständig und man kann sagen, dass Klinikaufnahmen im Schnitt jeweils zehn Personen betrafen (etwa fünf durch das Home Treatment Team und die gleiche Zahl von Assertive Outreach KlientInnen). Dazu eine Langzeitstation, die sich während meiner Zeit dort in eine »Rehabstation« in der Gemeinde mit zehn Plätzen umgewandelt hat, mehrere betreute Wohngemeinschaften, ein Krisenhaus, das jeweils etwa zwei »meiner« PatientInnen aufgenommen hat und die zeitweilige Nutzung von Wohnplätzen in betreuten Einrichtungen als Krisenwohnungen.

Meine Arbeitswoche beinhaltete ein bis zwei Teamsitzungen HTT und AOT, ein bis zwei Halbtage für Besuche im Krankenhaus bzw. im Krisenhaus und/oder Krisenwohnungen sowie eine Fülle von Hausbesuchen, aber auch Termine mit den Assertive Outreach KlientInnen in einem sehr freien drop-in Center, dem Phoenix-Center, das als Basis für das Assertive Outreach Team fungiert und auch einiges an Tagesstruktur anbietet.

Das »Phoenix Center« ist gleichzeitig Basis des mobilen Teams und Aufenthaltsort für KlientInnen dieses Teams. Es gibt Gruppenangebote, Kochen, Essen, Kaffee, Fernsehen, Radio und einen Garten. Geöffnet ist es sieben Tage in der Woche von 9 Uhr bis 17 Uhr, an zwei Tagen bis 22 Uhr. Mehrmals pro Jahr werden gemeinsame Ausflugs- und Urlaubsreisen organisiert und unternommen.

KlientInnen des Assertive Outreach Teams sind Menschen, die eine lange Geschichte haben, die geprägt ist von wiederholten zwangsweisen Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern, Aufenthalt in Gefängnissen, gemischten Problemen aus Psychosen und Drogenabhängigkeit. Dies ist eine Gruppe von Menschen, die die Angebote der Psychiatrie ablehnen, aber ständig in Schwierigkeiten geraten; die dann kurz und krisenhaft betreut werden, um danach den Kontakt mit den Betreuungsteams wieder abzubrechen. Das ist eine heikle Situation, denn von Anfang an ist klar, dass die Betreuung unerwünscht ist. Das ist die Ausgangsposition. Gerade diese Arbeit hat mir sehr viel Spaß gemacht. Der Grund dafür ist, glaube ich, dass einerseits das Team darauf ja eingestellt ist und daher nicht beleidigt oder frustriert, wenn unsere KlientInnen sich nur schwer motivieren lassen, irgendeine Hilfe anzunehmen, ja oftmals den Kontakt verweigern. Das Team versucht, in kreativer Weise, Hilfen anzubieten, die doch akzeptabel sind. Manchmal kann das Geld sein, manchmal Unterhaltung ohne Druck und Belehrung, und immer ein sich nicht davon abbringen lassen, zu sehen, dass Unterstützungsbedarf besteht, auch wenn man noch nicht herausgefunden hat, wie eine solche Unterstützung aussehen kann. Da das Team viel Personal hat, und da ganz unterschiedliche Menschen und Berufsgruppen sowie auch Betroffene wie Ron mitarbeiten, kommt es mit viel Zeit und Geduld dann häufig doch zu einem vertrauensvollen Kontakt.

Andererseits handelt es sich hier um eine Gruppe von KlientInnen, die in der Vergangenheit viel Kraft darauf verwendet haben, gegen das Hilfesystem anzukämpfen. Wenn es dann gelingt, sich doch auf akzeptable Möglichkeiten der Hilfe zu verständigen, verbessern sich Gesundheit und Lebenssituation dieser Menschen oft sehr rasch. Wenn es gelingt, sie diskret und in einer nicht kränkenden Weise zu unterstützen, können sie ihre Energie sich selbst und ihrem eigenen Leben zuwenden, und dann geht es rasch viel weiter in Richtung eines selbstbestimmten Lebens, das nicht ständig durch Krisen unterbrochen wird. Das bringt nach vielen vorangegangenen Rückschlägen und Frustrationen große Erfolge und macht viel Freude. Die Spezialisierung eines Teams für solch schwierige Situationen, die im Routinebetrieb große Unruhe verursachen, erleichtert einen gelassenen und geduldigen Umgang mit den betroffenen Menschen und deren speziellen Problemen.

### Assertive Community Treatment (ACT), ein Modell aus USA

»Assertive Outreach Teams« (AOT) entsprechen in vielen Zügen dem, was als »*Assertive Community Treatment*« (ACT) [26], beschrieben wurde und in den USA die Hauptrolle in der Versorgung von schwer kranken Menschen in der Langzeitbetreuung spielt. Len Stein, einer der »Erfinder« von ACT [27] aus Madison/Wisconsin kommt regelmäßig als Berater nach Birmingham. Wood and Carr [33] beschreiben die Entwicklung der AOT Teams in Nord-Birmingham durch die Orientierung an folgenden Voraussetzungen für ACT Teams:

- Multidisziplinarität,
- Betreuungsschlüssel 1:10,
- Angebot in der Gemeinde,
- gemeinsame Verantwortung im Team,
- 24 Stunden abgedeckt,
- Betreuung direkt von MitarbeiterInnen des Teams,
- zeitlich unbegrenztes Angebot.

Zusammenfassungen der Forschungsergebnisse und Beschreibung der essenziellen Eigenschaften eines nach ACT organisierten Teams oder psychosozialen Dienstes sind in einem 1998 erschienen Buch von Stein und Santos beschrieben [26] (siehe auch Reviewartikel über Casemanagement von Mueser et al. [19] und die Originalpublikation von Stein und Test [27]). Klar belegt ist, dass ACT Teams es schaffen, die Kontakte zu den KlientInnen zu intensivieren und eine hohe KundInnenzufriedenheit zu erreichen. Klinikaufnahmen und -tage werden reduziert. Wenn auch die Verbesserungen im Hinblick auf Symptome nicht immer durchschlagend sind, so sind die Verbesserungen bezüglich Wohnsituation, Lebensqualität und soziale Situation überzeugend. Auch die Familien bevorzugen dieses Modell der Betreuung und es zeigt sich, dass deren Belastung durch den Verbleib der Patientinnen in der Gemeinde nicht größer, sondern kleiner wird.

Wie bereits erwähnt, spielen ACT Teams eine führende Rolle in der derzeitigen Entwicklung von gemeindeintegrierter Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen in den USA. Richard Warner, vielen durch sein wichtiges Buch »Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy« [31] bekannt, war so

freundlich, mir die Daten über seine Einrichtung in Boulder/Colorado zu überlassen (persönliche Mitteilung, 2001). Die Situation in Boulder (Einzugsgebiet 280.000 Menschen) stellt sich demnach wie folgt dar:

Für Erwachsene (18–65 Jahre) werden benötigt: Zehn Akutbetten in einem »state hospital«, fünf Langzeitbetten ebenda, drei bis vier Betten an einer psychiatrischen Station im Allgemeinkrankenhaus, 15 Betten in einem offenen Haus als Alternative zum Krankenhaus, fünf Betten in einem betreuungsintensiven Haushalt für LangzeitpatientInnen, die sonst in der Klinik sein müssten (Buddhistische BetreuerInnen). Etwa 15 PatientInnen befinden sich in einer forensischen Abteilung im »state hospital«, außerhalb der Kontrolle der spezialisierten psychiatrischen Dienste.

Zur Vermeidung von Hospitalisierungen sind ACT Teams im Einsatz. Es stehen verschiedenen betreute Wohneinrichtungen zur Verfügung sowie eine große Auswahl an Rehabilitationsangeboten. Jeweils ungefähr 5 % aller den Diensten anvertrauten PatientInnen befinden sich in ambulanter Betreuung gegen ihren Willen.

Auch das wäre eine Diskussion, die im Zusammenhang mit Psychiatrie (fast) ohne Betten zu führen ist. Hier und heute möchte ich mich darauf beschränken, festzustellen, dass auch die Frage der Effektivität von ambulanter Zwangsbehandlung eine noch ungelöste ist. Eine rege Forschungstätigkeit ist derzeit im anglo-amerikanischen Raum zu verfolgen [1].

## Zur Diskussion

Das Modell Nord-Birmingham hat in UK eine große Diskussion ausgelöst, da das Modell Eingang in die gesundheitspolitische Planung gefunden hat. Große Aufmerksamkeit sowie Geld für die Entwicklung von Teams landesweit haben die »Early Intervention Teams« und die »Assertive Outreach Teams« bekommen. Besonders Letzteres heizt weiter die Diskussion an, die durch die Untersuchungen der PRiSM Study und der UK700 ausgelöst worden war [28]. Dabei geht es unter anderem darum, ob ein Betreuungsschlüssel von höchstens 1:10 und ein intensiver Kontakt, wie für ACT verlangt [26], tatsächlich mehr bringt. Die Diskussion über die Ergebnisse der groß angelegten PriSM Study zum Vergleich von zwei Betreuungssystemen in London wird heftig und differenziert geführt [17, 24, 28;

18]. Viele Fragen bleiben offen [5, 6]. Die Ergebnisse der UK700 zeigen keine Erhöhung des Betreuungsschlüssels [30]. Gründe dafür, dass die Fragen nach Dosierung und Intensität der erfolgreichen gemeindenahen Betreuung noch als ungelöst betrachtet werden, könnten darin liegen, dass in unterschiedlichen Ländern (hier v.a. USA und UK) doch unterschiedliche Ausgangssituationen herrschen, z.B. in der Grundversorgung für Nicht-Krisen (»primary care«). Große Schwierigkeiten liegen in der Definition von »intensiver« Betreuung sowie in der Methodik von Untersuchungen, die versuchen, »real-life« Situationen zu evaluieren. »Standard-care« als Vergleichsgruppe unterliegt natürlich nicht nur lokalen Schwankungen, sondern verändert sich auch über die Zeit [34], sodass Vergleiche von neueren Untersuchungen mit älteren nur mehr schwer interpretierbar sind.

Die enorme Bettenreduktion, die in Europa inkl. UK und in den USA in den letzten Jahren und Jahrzehnten stattgefunden hat, kam insgesamt hauptsächlich durch die Reduktion der Langzeitbetten zu Stande, während es noch zu keiner wesentlichen Reduktion der Betten für die Akutbehandlung gekommen ist [28, 13, 21]. Es ist heute eine wesentliche Frage, wie die Akutbehandlung aussehen soll und welche Rolle Betten dabei spielen sollen bzw. wo diese Betten sein sollen. Diese Diskussion wird uns weiter beschäftigen, wie auch die Frage, welche Arten von Zwang mit der Akutbehandlung in die Gemeinde übersiedeln werden [12].

Brenner et al. [4] diskutieren in ihrem ausgezeichneten Überblick über gemeindeintegrierte Akutversorgung auch die Rolle der Tagesklinik als Akuthilfe als eine wesentliche Alternative zur Klinikbehandlung. Diese Tagung mit z.B. den Beiträgen von Aldenhoff, Bührig und Horn zu den Initiativen in Kiel, Bremen und Krefeld (in diesem Band) zeigt deutlich das lebhafteste Interesse an Modellen, die eine Entwicklung in Richtung der Integration der Akutversorgung in die Gemeinde, in der BRD fördern. Wir können uns also auf neue Erfahrungen und Daten freuen, die die Diskussion zu Notwendigkeit und Rolle von Betten in der psychiatrischen Versorgung bereichern werden.

Literatur

1. APPELBAUM, P.S.: Thinking Carefully About Outpatient Commitment. *Psychiatric Services*, 52 (3), 2001, S. 347–350
2. AUDINI, B., MARKS, I., LAWRENCE, R., CONNOLLY, J., WATTS, V.: Home based vs. out-patient/in-patient care for people with serious mental illness: Phase II of a controlled study. *British Journal of psychiatry*, 165, 1994, S. 204–210
3. BIRCHWOOD, M., TODD, P., JACKSON, C.: Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, Suppl.172 (33), 1998, S. 53–59
4. BRENNER, H.D., JUNGHAN, U., PFAMMATTER, M.: Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. *Der Nervenarzt*, 71, 2000, S. 691–699
5. BURNS, T.: Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? *Acta Psychiat Scand*, 102 (Suppl. 407), 2000, S. 11–14
6. BURNS, T., FIANDER, M., KENT, A., UKOUMUNNE, O.C., BYFORD, S., FAHY, T., KUMAR, K.R.: Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, S. 427–433
7. BURNS, T., BEADSMOORE, A., BHAT, A., OLIVER, A., MATHERS, C.: A controlled trial of home based acute psychiatric services I: Clinical and Social Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 163, 1993, S. 49–54
8. COLEMAN, R.: *Recovery – An Alien Concept*. Handsell Publishing, Gloucester (UK) 1999
9. COMMANDER, M.J., COCHRANE, R., SASHIDHARAN, S.P., AKILU, F., WILDSMITH, E.: Mental health care for Asian, black and white patients with non-affective psychoses: pathways to the psychiatric hospital, in-patient and after-care. *Sic Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34 (9), 1999, S. 484–491
10. DEAN, C., GADD, E.: Home treatment for acute psychiatric illness. *BMJ* 301, 1990, S. 1023
11. DEAN, C., PHILLIPS, J., GADD, E., JOSEPH, M., ENGLAND, S.: Comparison of community based services with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *BMJ*, 307, 1993, S. 473–476
12. DENNIS, D.L., MONAHAN, J. (Eds.): *Coercion and aggressive community treatment. A new frontier in mental health law*. Plenum Press, New York, London 1996
13. GOLDBERG, D.: The future pattern of psychiatric provision in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 1999, S. 123–127
14. HOULT, J.: Community Care of the Acutely Mentally Ill. *British Journal of Psychiatry*, 149, 1986, S. 137–144
15. KATSCHNIG, H.: Examples of Effective Practices: Mental Health Care. In: LAVIKAINEN J., LAHTINEN E., Lehtinen, V. (Eds.): *Public Health*

- Approach on Mental Health in Europe. Stakes, Helsinki 2000, S. 125–129
16. MARKS, I., CONNOLLY, J., MUIJEN, M., AUDINI, B., MCNAMEE, G., LAWRENCE, R.: Home based vs. hospital care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 1994, S. 179–194
  17. MARSHALL, M., BOND, G., STEIN, L.I., SHEPHERD, G., MCGREW, J., HOULT, J., ROSEN, A., HUXLEY, P., DIAMOND, R.J., WARNER, R., OLSEN, M., LATIMER, E., GOERING, P., CRAIG, T.K., MEISLER, N., TEST, M.A.: PriSM Psychosis Study. Design limitations, questionable conclusions. *British Journal of Psychiatry*, 175, 1999, S. 501–503
  18. MCCRONE, P., BECKER, T.: Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England. *Psychiatrische Praxis*, 27, 2000, S. 68–71
  19. MUESER, K., BOND, G., DRAKE, R., RESNICK, S.: Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1998, S. 37–74
  20. MUIJEN, M., MARKS, I., CONNOLLY, J., AUDINI, B.: Home based Care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*, 304, 1992, S. 749–754
  21. ROTHBARD, A.B., SCHINNAR, A.P., HADLEY, T.P., FOLEY, K.A., KUNO, E.: Cost Comparison of State Hospital and Community-Based Care for Seriously Mentally Ill Adults. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1998, S. 523–529
  22. SASHIDHARAN, S.P.: Failure in community care. Psychiatrists fear care in the community. *BMJ*, 308, 1994, S. 1236–1237
  23. SASHIDHARAN, S.P.: Treating mentally ill people in the community. *BMJ*, 306, 1993, S. 458
  24. SASHIDHARAN, S.P., SMYTH, M., OWEN, A.: PriSM Psychosis Study. Thro' a glass darkly: a distorted appraisal of community care. *British Journal of Psychiatry*, 175, 1999, S. 504–507
  25. STASTNY, P., LOVELL, A., BLANCH, A., KNIGHT, E., SHERN, D., FELTON, C., DONOHUE, S., BROWN, C., WELLE, D.: In: EIKELMANN, B., REKER, T. (Hg.): *Sozialpsychiatrie in der Praxis: Neue Projekte, empirische Untersuchungen und Analysen*. Lit Verlag, Münster, Hamburg 1994
  26. STEIN, L.I., SANTOS, A.B.: *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. Norton, New York 1998
  27. STEIN, L.I., TEST, M.A.: An alternative to mental hospital treatment: I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1980, S. 392–397
  28. THORNICROFT, G., BECKER, T., HOLLOWAY, F., JOHNSON, S., LEESE, M., MCCRONE, P., SZMUKLER, G., TAYLOR, R., WYKES, T.: Community mental health teams: evidence or belief? *British Journal of Psychiatry*, 75, 1999, S. 508–513
  29. TYRER, P.: The national service framework: a scaffold for mental health. *BMJ*, 319, 1999, S. 1017–1018

30. UK700 GROUP: Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet*, 353, 1999, S. 2185–2189
31. WARNER, R.: Recovery from Schizophrenia. *Psychiatry and Political Economy*. Routledge, London 1994
32. WOOD, H.: What do Service Users Want from Mental Health Services: Report to Audit Commission: summary in Audit Commission »Finding A Place: A review of mental health services for adults«. HMSO, London 1994
33. WOOD, H., CARR, S.: Designing Local Mental Health Services. In WOOD H., CARR, S. (Eds.): *Locality Services in Mental Health. Developing Home Treatment & Assertive Outreach. The Northern Birmingham Experience*. The Sainsbury Centre for Mental Health, London 1998
34. BURNS, T., PRIEBE, S.: Mental health care failure in England. Myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3/1999, S. 191–192

## Der Beitrag sozialpsychiatrischer Forschung zur Förderung der Integrierten Versorgung

Gerhard Längle

Innerhalb des vorgegebenen Rahmens soll skizziert und an Beispielen erläutert werden, welche Funktion sozialpsychiatrischer Forschung im Kontext der »Integrierten Versorgung« zugeschrieben werden kann oder soll. Dabei handelt es sich in der folgenden Darstellung nicht um die Meinung »der Forscher«, sondern um meine eigenen Überlegungen und Einschätzungen, die bei anderen sozialpsychiatrischen Forschern durchaus auf Widerspruch treffen können.

Nach Überlegungen zu den allgemeinen Aufgaben sozialpsychiatrischer Forschung will ich in einem zweiten Schritt die besondere Rolle für die Integrierte Versorgung bedenken. Einige wenige methodische Überlegungen sowie die Frage nach den geeigneten Forschungseinrichtungen bilden den Schluss der Ausführungen.

## Der allgemeine Beitrag der Forschung zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker

Welche Erwartungen an die sozialpsychiatrische Forschung gestellt werden (müssen), soll exemplarisch an drei »Thesen« gezeigt werden, die ihrerseits wieder durch Beispiele veranschaulicht werden.

1. *Sozialpsychiatrische Forschung soll kritisch hinterfragen, was sich an Maßnahmen und Konzepten in der sozialpsychiatrischen Praxis – und in der sozialpsychiatrischen Ideologie – entwickelt und etabliert hat.*

Am Titel des Vortrages kann dies deutlich gemacht werden. Er lautet: Was kann sozialpsychiatrische Forschung zur Förderung der Integrierten Versorgung beitragen? Dabei wird vorausgesetzt, dass Integrierte Versorgung förderungswürdig ist, d.h. dass sie anderen Versorgungsansätzen, beispielsweise dem institutionszentrierten, überlegen ist. Dieser Meinung bin ich zwar auch, aber streng genommen, ist es bisher wissenschaftlich nicht erwiesen.

Korrekt müsste also gefragt werden, wie sozialpsychiatrische

Forschung dazu beitragen kann zu prüfen, welche Vorteile und ggf. Nachteile für das Individuum, das Versorgungssystem und die Gesellschaft insgesamt mit dem Integrierten Versorgungskonzept verbunden sind. Erst wenn die Überlegenheit dieses Ansatzes gesichert ist, stellt sich die Frage, wie Forschung die Integrierte Versorgung fördern kann – falls dies überhaupt die Aufgabe »der Forschung« ist. Nach meinem Verständnis sollte Forschung dazu dienen, Erkenntnisse zu gewinnen, die dann die Voraussetzungen dafür darstellen, dass ein Konzept, das sich als effektiv und sinnvoll erwiesen hat, im politischen Raum durchgesetzt werden kann.

Ein weiteres Beispiel ist das uns wohl vertraute Schlagwort »ambulant vor stationär« das in der Allgemeinverbindlichkeit, mit der es häufig verwendet wird, ebenfalls nicht sachgerecht ist. Für eine differenzierte Aussage dazu, für welche Patienten, zu welchem Zeitpunkt und für welche Zielsetzung möglicherweise die stationäre Behandlung der ambulanten vorzuziehen ist, fehlen aber noch die gesicherten Erkenntnisse. Auch dies wäre ein weites Feld für sozialpsychiatrische Forschungsbemühungen.

Ein drittes Beispiel ist die faktische Ausgrenzung relevanter Diagnosegruppen aus sozialpsychiatrischen Fragestellungen, mit bedeutsamen Folgen für diese Patienten: Es gibt keinen sachlichen Grund dafür, die Behandlung Alkoholabhängiger aus sozialpsychiatrischen Überlegungen und Modellen auszunehmen. Sie bilden mit ca. einem Drittel der Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken eine der bedeutendsten Gruppen im stationären Versorgungsalltag. Dennoch findet erst in den letzten Jahren sozialpsychiatrisches Gedankengut Eingang in die Versorgung Abhängigkeitskranker. Stichworte wie gemeindenahе, dezentrale Versorgung, ambulante und teilstationäre Behandlungsangebote, Integrierte Versorgungsmodelle hätten bei entsprechender Aufmerksamkeit der Sozialpsychiater schon seit langem Gegenstand der Diskussion auch im Suchtbereich sein können. Die erste Rolle der sozialpsychiatrischen Forschung ist also die der »unbequemen Fragerin«.

**2. Sozialpsychiatrische Forschung soll Instrumente für spezifische Fragestellungen entwickeln und den Praktikern sowie anderen Forschern zur Verfügung stellen.**

In der Versorgungsforschung mangelt es an gut evaluierten Erhe-

bungsinstrumenten, die zur Messung der Ergebnisqualität psychiatrischer Versorgung geeignet sind.

Ein Beispiel für ein gelungenes Instrument stellt das »Berliner Lebensqualitätsprofil BeLP« [10] dar, mit dem neben den »objektiven« Daten der sozialen Integration und des Gesundheitszustandes die »subjektive« Zufriedenheit der Patienten mit den verschiedenen Lebensbereichen erfasst wird. Das Instrument ist sowohl in Deutschland in unterschiedlichen Settings erprobt, als auch international in vergleichenden Untersuchungen eingesetzt [16]. Das Zielkriterium »Lebensqualität« erscheint gerade für die Überprüfung komplexer Versorgungsmaßnahmen geeignet. Die Erhebung »objektiver« Lebensdaten lässt eine Einschätzung der Rehabilitationseffekte zu.

Im Gegensatz zum BeLP wurde ein weiteres Instrument, der »Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit TÜBB 2000«, rein für den stationären Bereich entwickelt. Er beschreibt mittels dreier Faktoren (Atmosphäre, Qualität der Behandlung sowie Autonomie) zu je 7–8 Items die Behandlungszufriedenheit psychiatrischer Patienten und hat sich als Instrument des Qualitätsmanagements sowie als Marker der Ergebnisqualität stationär-psychiatrischer Behandlung bewährt. Nach ersten Ergebnissen eignet sich das Instrument daneben zur Prädiktion von Behandlungcompliance in der poststationären Behandlungsphase [9]. Die mehrjährige Entwicklungszeit beider Instrumente weist auf den hohen Aufwand hin, der bei der Entwicklung derartiger Instrumente betrieben werden muss. Die zweite Rolle der sozialpsychiatrischen Forschung ist somit die der »Zuliefererin«.

**3. Sozialpsychiatrische Forschung soll bestehende Versorgungsangebote evaluieren und die Grundlagen für eine individuelle Indikationsstellung bezüglich spezifischer therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen liefern.**

Ein Beispiel: Arbeitstherapie und von der Arbeitstherapie abgeleitete Maßnahmen der beruflichen Rehabilitationsvorbereitung während der stationären Behandlung sind an allen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen seit Jahrzehnten etabliert. Ihre Effekte wurden jedoch kaum erforscht, eine individuelle Indikationsstellung aufgrund wissenschaftlicher abgesicherter Erkenntnisse kann derzeit nicht vorgenommen werden.

Im Rahmen einer Multi-Center-Studie des »Kompetenznetzes Schizophrenie« werden seit zwei Jahren in einem randomisierten kontrollierten Design fünf unterschiedliche Modelle der Arbeitstherapie bzw. ausgelagerter Arbeitsversuche vergleichend evaluiert und mit unspezifischen Ergotherapiemaßnahmen verglichen. Beteiligt sind mit Tübingen (Federführung), Mannheim, Osnabrück, Hannover und Düsseldorf sozialpsychiatrische Zentren aus ganz Deutschland. Ziel ist, zu klären, welche Maßnahmen, welche nachweisbaren Effekte zeigen und wie künftig eine individuelle Indikationsstellung für eine der Maßnahmen erfolgen kann [5].

Ein anderes Beispiel ist die in Tübingen von Günthner, Bader u.a. durchgeführte BMBF-Studie zum Vergleich von Drogenentwöhnungsbehandlungen unterschiedlicher Zeitdauer und Konzeption. Ziel der Studie war u.a. eine individuelle Indikation für die Zuweisung zu den einzelnen Maßnahmen zu ermöglichen, da wissenschaftlich gesicherte Prognosekriterien bisher nicht vorlagen und die Zuweisung zu den z. T. sehr aufwändigen Therapien nach wenig durchschaubaren Kriterien erfolgt.

Entscheidend für den personenzentrierten Ansatz ist bei derartigen Projekten, praxistaugliche Kriterien zu entwickeln, anhand derer Patienten die therapeutischen Hilfen zugewiesen werden können, die ihnen optimalen Nutzen versprechen. Die dritte Rolle der sozialpsychiatrischen Forschung ist damit die der »unabhängigen Prüferin«.

Soweit Aspekte der allgemeinen Aufgaben sozialpsychiatrischer Forschung. Welchen speziellen Beitrag kann nun die sozialpsychiatrische Forschung zur Förderung der personenzentrierten Integrierten Versorgung leisten?

### **Der spezielle Beitrag der Forschung zur Förderung der Integrierten Versorgung**

Auch bezüglich dieses speziellen Beitrages sollen die Erwartungen, die an die sozialpsychiatrische Forschung gestellt werden können, an drei ausgewählten »Thesen« dargestellt werden:

1. *Sozialpsychiatrische Forschung soll Verlaufsdaten über die Bewegung der Patienten im Versorgungssystem liefern, Prädiktoren über Verläufe identifizieren. Sie kann damit sowohl zur individuellen Rehabilitationsplanung als auch zur psychiatrischen Versorgungsplanung beitragen.*

Trotz des mittlerweile gut ausgebauten Versorgungssystems fehlt es aufgrund der mangelhaften Gesundheitsberichterstattung in Deutschland [1] an grundlegenden Daten über den Krankheitsverlauf von Patienten und ihre Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Kenntnisse hierüber sind aber eine Voraussetzung für die Planung und Gestaltung personenzentrierter Integrierter Versorgungsstrukturen.

Es müssen daher über möglichst repräsentative Studien Informationen beschafft werden, wie sich Patienten im Versorgungssystem bewegen, was sie bei Entlassung aus der Klinik planen, welche Planung sie umsetzen und welche nicht und welche Gründe dafür jeweils maßgebend sind.

In einer gerade abgeschlossenen eigenen Studie wurde diese umfassende »Behandlungcompliance« an einer unausgelesenen Entlasskohorte von 169 schizophrenen Patienten prospektiv untersucht [4]. Dabei fand sich einerseits eine große Diskrepanz zwischen geplanter und realisierter Nutzung von Versorgungsangeboten sowie andererseits eine unerwartet große Bedeutung der niedergelassenen Psychiater im Vergleich zu allen anderen ambulanten und komplementären Angeboten. Anhand des umfangreichen Datenmaterials kann es gelingen, Verläufe bestimmter Patientengruppen vorherzusagen und künftig die Entlassvorbereitung entsprechend dem individuellen Bedarf zu gestalten.

Auch im Bereich der Suchterkrankungen ergeben Verlaufsuntersuchungen wichtige Erkenntnisse. Eine Behandlungskohorte von 100 Alkoholabhängigen konnte innerhalb eines mittlerweile 25-jährigen poststationären Verlaufes mehrfach nachuntersucht werden. Es zeigte sich dabei, dass Selbsthilfegruppen nur während der ersten Jahre nach Behandlung eine gewisse Bedeutung haben, dass sie aber auch in dieser Zeit nur einen geringen Prozentsatz der Patienten erreichen [7].

**2. Sozialpsychiatrische Forschung soll gruppenspezifische Versorgungslücken identifizieren und Interventionsmodelle erproben.**

Bei der personenzentrierten Versorgungsplanung fällt immer wieder auf, dass es einzelne Gruppen von Patienten gibt, die im bestehenden Versorgungssystem »durch alle Raster fallen« und keine adäquate Versorgung erhalten. Dies gilt beispielsweise für die Wohnungslosen und die Obdachlosen. Aufgabe der sozialpsychiatrischen Forschung war es vor sechs Jahren, in unserer Region an einem Konzept zur Integrierten Versorgung dieser Patientengruppe mitzuwirken. Daraus entstand u.a. eine ausgelagerte Spezialsprechstunde unserer Poliklinik für diese Zielgruppe im sog. »Aufnahme und Übernachtungsheim« [11] sowie die Planung für eine spezialisierte Wohneinheit für chronisch Kranke [6]. Bei der Konzeptentwicklung wurde deutlich, dass es kaum wissenschaftlich begründete Konzepte zur Versorgung dieser Zielgruppe im bestehenden Versorgungssystem gibt und nur rudimentäre epidemiologische Daten vorliegen.

Ein Projekt zur Kompletterhebung der Zielgruppe obdachloser psychisch Kranker in unserem Landkreis sowie eine randomisierte kontrollierte Erprobung einer therapeutischen Kurzintervention mit dem Ziel, die Patienten in die bestehenden Versorgungsstrukturen einzugliedern, wurde zunächst von verschiedenen Geldgebern abgelehnt bzw. als wissenschaftlich uninteressant bewertet. Zum Glück wird die Studie jetzt ab Januar 2002 finanziell unterstützt, sodass wir, sechs Jahre nach Beginn der praktischen Arbeit, mit der wissenschaftlichen Basisuntersuchung beginnen können.

An diesem Projekt zeigt sich beispielhaft die Verknüpfung aus klinischer Tätigkeit, Konzeption von Modellen und, daraus entstehend, der Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen.

**3. Sozialpsychiatrische Forschung soll gesamte Versorgungssysteme oder Teilsysteme unter Berücksichtigung des Individuums und des gesellschaftlichen Kontextes evaluieren.**

Als letzter Aufgabenbereich sei die Evaluation ganzer Versorgungssysteme genannt. Auch sie kann unter patientenzentriertem Blickwinkel durchgeführt werden. Beispielhaft seien die gelungenen Studien von Salze und Rössler genannt, die eine Überprüfung der

Versorgung Schizophrener unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten zum Ziel hatten und diese sowohl für das deutsche Versorgungssystem als auch im Systemvergleich vornahmen [14, 13]. Anhand dieser Untersuchungen wird deutlich, welche Auswirkung kulturelle Einflüsse auf die Nutzung – und den notwendigen Ausbau – von Versorgungsangeboten haben. Integrierte Versorgung kann und muss je nach individuellem und gesellschaftlichem Kontext ganz unterschiedlich aussehen. Dies im Einzelnen herauszuarbeiten, ist Aufgabe sozialpsychiatrischer Forschung.

Da zur Zeit im Rahmen verschiedener landesweiter Modellprogramme unter Federführung der AKTION PSYCHISCH KRANKE der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) [2, 3] eingeführt wird, muss dieses Konzept auf lange Sicht auch einer wissenschaftlichen Überprüfung auf die tatsächliche Effektivität bzgl. der Einzelfallbehandlung als auch des integrierten Gesamtversorgungskonzeptes zugeführt werden.

**Wie soll geforscht werden?**

Sozialpsychiatrische Forschung ist methodisch nicht weniger anspruchsvoll als psychiatrische oder psychotherapeutische Forschung mit anderen Schwerpunkten: Es sind hier ebenso klare Fragestellungen und Hypothesen notwendig, die anhand eines klar strukturierter Forschungsdesigns bearbeitet werden müssen. Auch bei sozialpsychiatrischen Fragestellungen stellt die reine Datensammlung noch keine Forschung dar. Mehr als in anderen Forschungsgebieten erscheint in der Sozialpsychiatrie eine methodische Vielfalt notwendig, um den oft komplexen Fragestellungen gerecht werden zu können [15]. Es sind dabei sowohl die Vorgehensweisen der Naturwissenschaften zu nutzen (z.B. kontrollierte randomisierte Interventionsstudien) als auch Methoden aus den Sozialwissenschaften (z.B. Kohortenstudien, Verlaufsstudien, Spiegelvergleiche, Kasuistiken, qualitative Ansätze). Neben den Daten, die in den Forschungsprojekten selbst erhoben werden, sollten, so oft wie möglich, zusätzlich vorliegende epidemiologische Daten einbezogen werden. Generell erscheint es für eine Reihe von Fragestellungen Erfolg versprechend, vorliegende Daten, wie die Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten und spezielle sozialstrukturelle Daten, unter spezifischer sozialpsychiatrischer Fragestellung neu zu verknüpfen und zu analysieren [12].

### Durch wen soll geforscht werden?

Wer soll nun all die skizzierten Aufgaben übernehmen, welche Institution ist geeignet, sozialpsychiatrische Forschung durchzuführen? Die Antwort auf diese Frage wird stark vom persönlichen Hintergrund des Befragten abhängen. Grundsätzlich ist jedoch zu fordern, dass eine forschende Institution sowohl über das notwendige wissenschaftliche Know-how als auch über eine enge Anbindung an die Versorgungspraxis verfügen muss. Nur dadurch, dass Studiendesign und Methodik an die realen Versorgungsverhältnisse adaptiert sind, kann eine hohe ökologische Validität der Ergebnisse erreicht werden. Eine Reihe von Institutionen erscheinen auf diesem Hintergrund geeignet für die Durchführung entsprechender Studien:

- Universitätskliniken mit Pflichtversorgungsgebiet (z.B. Hannover, Tübingen). Gerade bei den Universitätskliniken ist die Versorgungsverpflichtung wichtige Voraussetzung, da sonst von vorneherein an einer »Sonderklientel« geforscht wird, was die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen stark einschränkt [8]. Von Vorteil ist, dass die Mitarbeiter aller Berufsgruppen in den Universitätskliniken gewohnt sind, mit Forschungsaufgaben umzugehen.
- Landeskliniken mit Doppelfunktion als Universitätskliniken (z.B. Düsseldorf, Weissenau). Das hohe Patientenaufkommen dieser Kliniken erleichtert die Untersuchung auch seltener Krankheitsbilder.
- Landeskliniken mit universitärer Anbindung, z.B. in Form eines psychologischen Fachbereiches (z.B. Reichenau, Osnabrück).
- Gruppierungen mit Forschungskompetenz und enger Anbindung an Versorgungseinrichtungen (z.B. AKTION PSYCHISCH KRANKE). Diese erscheinen insbesondere für die Begleitung eher konzeptioneller Fragestellungen geeignet.

Jede dieser Institutionen kann spezifische Ressourcen und Kenntnisse einbringen und so für bestimmte Fragestellungen besonders geeignet sein. Eine so genannte »Begleitforschung« zu Versorgungsmodellen durch »unabhängige« Institute, die häufig kommerziell ausgerichtet sind, hat sich nach meiner Erfahrung nur wenig bewährt, da die Mitarbeiter solcher Institute oft unzureichend mit der

Zielgruppe und den zu untersuchenden Maßnahmen vertraut sind. Die Durchführbarkeit eines Studiendesigns wird so leicht falsch eingeschätzt, die Auswahl der geeigneten Erhebungsinstrumente ist erschwert.

### Zusammenfassung

Die Grundgedanken dieses Beitrages sollen abschließend stichwortartig zusammengefasst werden:

1. Allgemeine Aufgaben der sozialpsychiatrischen Forschung sind:
  - Kritisch nachfragen
  - Erhebungsinstrumente entwickeln und zur Verfügung stellen
  - Etablierte psychosoziale Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen evaluieren
  - Wissenschaftliche Grundlagen für die individuelle Indikationsstellung bzgl. dieser Maßnahmen liefern
2. Der spezielle Beitrag zur Verbesserung der Integrierten Versorgung kann in der Übernahme folgender Aufgaben liegen:
  - Verlaufsdaten liefern über die Wege der Patienten im System, ihre Motivation und ihre Zufriedenheit
  - Versorgungslücken für spezifische Patientengruppen identifizieren sowie entsprechende Interventionsmodelle entwickeln und erproben
  - Versorgungssysteme unter therapeutischen Aspekten, aber auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten evaluieren
  - Neue Modelle von Kooperationsstrukturen auf ihre Tauglichkeit bzgl. des einzelnen Patienten sowie der Versorgung insgesamt prüfen
3. Sozialpsychiatrische Forschung ist methodisch nicht weniger anspruchsvoll als andere psychiatrisch/psychotherapeutische Forschung:
  - Klare Fragestellung und Hypothesen sind unverzichtbar, reine Datensammlung ist keine Forschung.
  - Methodisch sind jedoch nicht nur die Vorgehensweisen der Naturwissenschaften zu nutzen, sondern ebenso Methoden aus den Sozialwissenschaften.
4. Für die Durchführung der Forschung kommen verschiedene Institutionen in Frage, die jeweils spezifische Voraussetzungen und Ressourcen mitbringen

- Universitätskliniken mit Pflichtversorgungsgebiet
- Landeskliniken mit Doppelfunktion als Universitätskliniken
- Landeskliniken mit universitärer Anbindung
- Gruppierungen mit Forschungskompetenz und enger Anbindung an Versorgungseinrichtungen

Voraussetzung dafür, dass sozialpsychiatrische Forschung die geschilderten Aufgaben erfüllen kann, ist eine ausreichende Ausstattung. Alle in der Psychiatrie Tätigen sollten durch politische Einflussnahme dafür sorgen, dass entsprechende Mittel für diese Forschung bereit gestellt werden. Ohne entsprechende Ausstattung kann die sozialpsychiatrische Forschung den notwendigen Beitrag zur Förderung einer Integrierten Versorgung nicht leisten.

#### Literatur

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Nomos, Baden-Baden 1996
2. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung I. Bd. 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 1999
3. KAUDER, V., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1999
4. LÄNGLE, G.: Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik. Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät der Universität Tübingen, Tübingen 2001
5. LÄNGLE, G., BAILER, J., WIEDL, K., HÖHL, W., MACHLEIDT, W., BUCHKREMER, G.: Arbeitsrehabilitative Ansätze in der Akutklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden Multi-Center-Studie. Nervenheilkunde, 20, Suppl.3, 2001, S. 75
6. LÄNGLE, G., MAYENBERGER, M., GÜNTNER, A.: Gemeindefähige Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? Die Rehabilitation, 40, 2001, S. 21–27
7. LÄNGLE, G., SCHIED, H.W.: Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkohol- kranke. Suchtgefahren, 36, 1990, S. 97–105
8. LÄNGLE, G., WASCHULEWSKI, H., RENNER, G., ROESGER, U., GÜNTNER, A.: Auswirkungen der regionalen Versorgungsverpflichtung am

- Beispiel einer Universitätsklinik. Psychiatrische Praxis, 26, 1999, S. 128–132
9. LÄNGLE, G., SCHWÄRZLE, F., ESCHWEILER, SCHRAMM, K., G.W., WASCHULEWSKI, H., RENNER, G., GÜNTNER, A.: Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB2000) – ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Kliniken. Psychiatrische Praxis 29, 2002, S. 83–89
  10. PRIEBE, S., GRUYTERS, T., HEINZE, M., HOFFMANN, C., JÄKEL, A.: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiatrische Praxis, 22, 1995, S. 140–144
  11. RENNER, G., LÄNGLE, G.: Alkoholabhängige Wohnungslose. In: G. LÄNGLE, K. MANN, G. BUCHKREMER (Hg.): Aspekte der Sucht: Die Lebenswelten Abhängiger. Attempo, Tübingen 1996, S.196–207
  12. RÖSSLER, W.: Psychiatrische Versorgungsforschung, ein Instrument der Bedarfsplanung. Psychiatrische Praxis, Sonderheft 2, 2000, S. 44–48
  13. SALIZE, H.J., KÜSTNER, B.M., TORRES-GONZALES, F., REINHARD, I., ESTÉVEZ, J.F.J., RÖSSLER, W.: Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 1999, S. 328–334
  14. SALIZE, H.J., RÖSSLER, W.: Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie. Springer, Berlin, Heidelberg 1998
  15. SLADE, M., PRIEBE, S.: Are randomised controlled trials the only gold that glitters? British Journal of Psychiatry, 179, 2001, S. 286–287
  16. UK700 GROUP: Predictors of quality of life in people with severe mental illness. British Journal for Psychiatry, 175, 1999, S. 426–432

## Steuerung: Unterschiede und übergreifende Probleme zwischen Somatik und Psychiatrie

### Aktuelle Probleme mit der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV)

Thomas Reker

Die Finanzierung über Fallpauschalen wird in der Psychiatrie vorerst nicht eingeführt. Weiterhin bleibt die Personalverordnung Psychiatrie das Finanzierungs- und Steuerungsinstrument. Obwohl damit erneut ein »Sonderweg« der Psychiatrie innerhalb der medizinischen Fächer festgeschrieben wurde, besteht große Einigkeit darüber, dass diese Entscheidung positiv zu bewerten ist. Über die Auswirkungen an den Schnittstellen zu den anderen Fächern kann z.Zt. nur spekuliert werden. Realistischerweise muss man davon ausgehen, dass diese Schnittstellenproblematik nicht im Fokus des gesundheitspolitischen Interesses stehen wird.

Die weitere »Verteidigung« der Psych-PV als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument muss von Gestaltungs- und Veränderungsvorschlägen begleitet werden. Diese müssen vor allem der fachlichen Entwicklung und der Veränderung der Versorgungspraxis Rechnung tragen. Ein ausschließliches Beharren auf dem Status quo wird die Psychiatrie möglicherweise in eine reine Defensivposition bringen und impliziert die Gefahr, dass zu einem späteren Zeitpunkt ohne ausreichende fachliche Beteiligung neue Finanzierungs- und Steuerungsinstrumente entwickelt werden.

Im Folgenden sollen einige aktuelle Probleme mit der Psych-PV dargestellt werden. Damit sollen Problemfelder benannt werden, die Ausgangspunkte für eine Weiterentwicklung der Psych-PV sein könnten.

### Schere zwischen Psych-PV-Stellen und realen Gehältern

Für die meisten Krankenhäuser gibt es eine Deckungslücke zwischen den realen Gehältern, die an die Mitarbeiter gezahlt werden und den von den Sozialleistungsträgern finanzierten Stellen, die sich eben nicht an den realen Kosten der darauf Beschäftigten orientieren. Diese Differenz ist nur durch Abstriche bei der Umsetzung der Psych-PV oder durch zusätzliche Erlöse in anderen Bereichen auszugleichen.

### Veränderung der Versorgungspraxis

In den letzten zehn Jahren hat sich die stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung erheblich gewandelt. Die Entwicklung ist vor allem durch eine erhebliche Verkürzung der stationären Verweildauer sowie durch eine Steigerung der Fallzahlen charakterisiert. Unabhängig davon, wie man die Zusammenhänge zwischen diesen beiden Kenngrößen im Einzelnen bewertet (vgl. den Beitrag von Richter in diesem Band) hat dies zu einer erheblichen Veränderung des Leistungsprofils und der Arbeitsanforderungen im psychiatrischen Krankenhaus geführt, die durch die Psych-PV nicht mehr in allen Bereichen realistisch abgebildet werden.

### Gestiegene Anforderungen an die Dokumentation

Gerade an diesem Punkt lässt sich die o.g. allgemeine These explizieren. Die in der Psych-PV vorgesehenen Minutenwerte für die Behandlungsdokumentation entsprechen nicht mehr der Wirklichkeit. Zum einen sind diese Anforderungen durch die höheren Fallzahlen und kürzeren Verweildauern (mehr Aufnahmebefunde, mehr Entlassungsberichte) gestiegen. Zum anderen sind die Anforderungen an das Ausmaß der Dokumentation erheblich gestiegen. Dies ist dadurch begründet, dass ärztliche Dokumentation im Krankenhaus neben den rein medizinischen Aspekten und versicherungsrechtlichen Fragen immer mehr auch die Funktion übernehmen muss, gegenüber den Sozialleistungsträgern bzw. dem MDK die stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu belegen. Vielerorts hat allein die Korrespondenz mit den Sozialleistungsträgern zur Begründung der weiteren stationären oder tagesklinischen Behandlungsnotwendig-

keit ein Ausmaß erreicht, dass die Minutenwerte der Psych-PV für die Dokumentation erheblich überschreitet.

### Entwicklung der tagesklinischen Behandlung

Die tagesklinische Behandlung hat sich quantitativ erheblich entwickelt und differenziert. Neben der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik gibt es an vielen Orten bereits ein differenziertes teilstationäres Angebot, das auch suchtkranke und gerontopsychiatrische Patienten umfasst. Neben dieser störungsbezogenen Differenzierung hat sich das Aufgabenspektrum der teilstationären Behandlung gewandelt. Während früher die Nachbehandlung im Anschluss an eine stationäre Therapie die Hauptaufgabe von Tageskliniken war, werden heute immer mehr Patienten zum Teil auch mit sehr akuten Krankheitsbildern direkt aufgenommen. Tageskliniken können und sollen einen Beitrag zur Akutbehandlung leisten. Diese Aufgabe ist mit dem derzeitigen Personalschlüssel (A6, G6, S6) jedoch nicht realistisch zu leisten. An einzelnen Orten ist es gelungen, mit den Sozialleistungsträgern Vereinbarungen über einen Patientenmix, z.B. A 1/A 6 u vereinbaren. Eine grundsätzliche Regelung dieses Problems steht jedoch noch aus.

Aus der fachlichen Sicht gilt die Tagesklinik als ein positives Modell psychiatrischer Therapie, das in der Zukunft noch verstärkter genutzt werden kann. Die Anforderung an ein Steuerungssystem muss sein, dass diese fachlich begründete Entwicklung für die betreibenden Krankenhäuser auch unter wirtschaftlichen Aspekten attraktiv gestaltet werden kann.

### Entwicklung von standardisierten Behandlungsprogrammen

Ein wesentliches Argument gegen die Einführung der Fallpauschalen im Bereich der Psychiatrie war, dass psychiatrische Krankheitsverläufe individuell sehr unterschiedlich, in ihrer Dauer schwer zu präzisieren und bezüglich der Applikation therapeutischer Maßnahmen nur unzureichend zu standardisieren sind. Obwohl diese Einschätzung für die Mehrzahl der stationär behandlungsbedürftigen psychiatrischen Patienten richtig ist, gibt es Teilgruppen von Patienten, vor allem im Bereich der Suchtkrankenbehandlung, bei schweren neurotischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen,

bei denen sich standardisierte Behandlungsprogramme zu etablieren beginnen. Die Standardisierung bezieht sich sowohl auf das grundlegende Konzept, die im Einzelnen applizierten Maßnahmen als auch auf die Dauer der Therapie. Für solche Behandlungsprogramme sind andere Finanzierungsmodalitäten als über tagesgleiche Pflegesätze denkbar.

Gegenüber dem System der Fallpauschalen stellt die Psych-PV ein verteidigungswürdiges Steuerungs- und Finanzierungsinstrumentarium dar. Darüber gibt es in der deutschen Psychiatrie einen breiten Konsens. Gleichwohl besteht die Aufgabe, fachlichen und versorgungspolitischen Veränderungen Rechnung zu tragen und dieses Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln.

## Die Steuerung der stationären psychiatrischen Versorgung: Deutsche und internationale Erfahrungen

Dirk Richter

Die stationäre medizinische Versorgung trägt wesentlich zu den allgemeinen Kosten in allen Gesundheitssystemen bei. Daher kann es nicht verwundern, dass gerade dieses Segment des Gesundheitssystems Gegenstand verschiedener Steuerungsversuche ist. Urheber dieser Interventionen sind in der Regel die Kostenträger und/oder der Gesetzgeber. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung spielt der stationäre Sektor nach wie vor eine vergleichsweise große Rolle. Obwohl ambulante und komplementäre Versorgungsformen im Zuge der Psychiatriereformen auch hier zu Lande ausgebaut wurden, tragen die Kliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nach wie vor einen erheblichen Anteil an der Versorgung.

Nachdem die Psychiatriereformen in Deutschland, zuletzt die Psychiatrie-Personalverordnung, als Steuerungsversuch in Richtung auf eine Ausweitung der früher inadäquaten psychiatrischen Versorgung interpretiert werden können, kommt es seit Beginn der 90er-Jahre immer wieder zu politischen bzw. ökonomischen Interventionen, die auf eine Begrenzung der psychiatrischen Leistungen im stationären Bereich zielen. Der folgende Beitrag beschreibt die einzelnen Maßnahmen und diskutiert sie im Lichte der wissenschaftlichen Literatur. Einschränkend sei zuvor auf den Mangel an empirischer Versorgungsforschung in Deutschland hingewiesen. Wo nicht anders möglich, wird auf entsprechende Erfahrungen im Ausland verwiesen, vor allem im angelsächsischen Raum. Weiterhin ist hinzuweisen auf die erheblichen regionalen Unterschiede in der Art und in dem Ausmaß der Steuerungsversuche. Dazu trägt die föderale Struktur der Bundesrepublik genauso bei wie etwa die regionalen Traditionen des Umgangs zwischen Kliniken und Kostenträgern. Und schließlich ist auf die nach wie vor unterschiedlich ausgeprägte Versorgungslandschaft hinzuweisen.

Die erkennbaren Steuerungsversuche können in drei Bereiche zusammengefasst werden. Zum einen kann ein planerischer Einfluss auf das Versorgungssystem identifiziert werden (Krankenhausplanung). Ein zweiter Bereich kann mit der Ermittlung eines Budgets

für die Einrichtungen umschrieben werden (Krankenhausvergleiche, Fallpauschalen). Ein dritter, eher implizierter Bereich der Steuerung besteht im Verhältnis zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, also im Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen (Budgetlimitierungen und Restriktionen im Kostenübernahmeverfahren).

### Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland obliegt zurzeit noch den Bundesländern, allerdings werden zukünftig die Krankenversicherungen größtenteils diese Verantwortung übernehmen. Mit Hilfe der Krankenhausplanung können die Versorgungskapazitäten sowie die regionale Ausstattung der psychiatrischen Versorgung gesteuert werden. Während noch bis weit in die 90er-Jahre hinein vor allem psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern installiert wurden, dominiert seit geraumer Zeit die Streichung von Krankenhausbetten die Diskussion. Deutschland, und vor allem Westdeutschland, hat nach wie vor eine Bettenausstattung, die im Vergleich zu einigen anderen westlichen Staaten als großzügig beschrieben werden kann. Die sog. Bettenmessziffer schwankt je nach Region zwischen 0,4 und 0,8 Betten auf 1.000 Einwohner [2]. Weitere Bettenstreichungen sind nur mit großer Vorsicht vorzunehmen. Eine durch die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser bedingte erhebliche Verknappung des stationären Angebotes führte beispielweise in Großbritannien (Bettenmessziffer ca. 0,3) zu deutlichen Versorgungsmängeln in einigen Regionen und nötigte den Patienten zum Teil wieder weite Wege in das nächste freie Krankenhausbett auf, ein Umstand, den man seit den Psychiatriereformen auch in Großbritannien für überwunden hielt [6].

In der Bundesrepublik richtet sich die stationäre Kapazität nach wie vor an der Marge von 0,6 Betten auf 1.000 Einwohner aus. Diese Marge ist allerdings weder durch rechtliche noch durch fachliche Gründe aufrechtzuerhalten [8]. Dass eine einheitliche Bettenmessziffer keine reale Versorgungsnotwendigkeit abbildet, wird angesichts der unterschiedlichen Prävalenzraten der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen deutlich, beispielsweise entlang der Differenz von Stadt und Land. Nahezu alle epidemiologischen Untersu-

chungen finden in urbanen Regionen eine höhere Prävalenz psychischer Krankheiten [11], was sowohl auf die Lebensumstände als auch auf selektive Migrationsphänomene zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang müssen auch die angesprochenen Versorgungsprobleme in Großbritannien gesehen werden, die sich hauptsächlich im Großraum London zeigten. Darüber hinaus ist auf die extrem unterschiedliche Ausstattung von ambulanten und komplementären Institutionen hinzuweisen, wobei sich beispielsweise eine gute ambulante Ausstattung nicht notwendigerweise auf eine Verminderung der stationären Betten auswirkt [1].

### Krankenhausbetriebsvergleiche

Die im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführte Bundespflegesatzverordnung sieht in der Version von 1995 vor, dass auch psychiatrische Kliniken und Abteilungen sich hinsichtlich zentraler Merkmale zu vergleichen haben [12]. Basis dieses Vergleichs, der für alle Krankenhäuser gilt, sind Kennzeichen aus der sog. Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA), die von den Kliniken an die Kostenträger zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen übermittelt werden müssen. Mit Hilfe einer sog. Clusteranalyse, einem statistischen Verfahren zur Feststellung von Ähnlichkeiten und Distanzen, sollen nach Vorstellungen der Kostenträger Kliniken und Abteilungen identifiziert werden, die vergleichbare Diagnosespektren aufweisen. Hintergrund dieses Vorgehens ist der bekannte Befund von unterschiedlichen Behandlungsdauern bei den verschiedenen Krankheitsbildern; so werden Suchterkrankungen stationär erheblich kürzer behandelt als etwa Störungsbilder aus der Allgemeinen Psychiatrie, beispielsweise die Schizophrenie. Letztlich läuft der Krankenhausvergleich auf einen Vergleich diagnosebezogener Verweildauern hinaus, die bekanntermaßen zwischen den Kliniken und Abteilungen recht unterschiedlich ausfallen.

Nachdem sowohl internationale [14] wie auch deutsche Untersuchungen [13] gezeigt haben, dass die Diagnose nur einen sehr kleinen Teil der Varianz der Behandlungsdauer aufklärt, ist für die deutsche Psychiatrie ein »ergänzender Datenkranz« formuliert worden, der weitere Merkmale (z.B. die Einstufungen nach Psychiatrie-Personalverordnung) mit in den Vergleich einbezieht. Ob diese Merkmale die Vergleichbarkeit verbessern helfen, werden zukünftige Aus-

wertungen zeigen müssen. Eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Validität dieser Vergleiche kann den Ergebnissen einer von Bundesgesundheitsministerium im Auftrag gegebenen Studie zum Krankenhausvergleich entnommen werden [5]. Wenn man umfangreiche Patientenmerkmale und organisatorische Klinikmerkmale berücksichtigt, dann sind Unterschiede in der Behandlungsdauer nicht mehr von Bedeutung. Das heißt, die kruden Differenzen in der Behandlungsdauer verschwinden unter der Adjustierung für viele Hintergrundvariablen [4].

Offensichtlich reicht die Datenbasis des Vergleichs gemäß der Bundespflegesatzverordnung nicht aus, für die in Frage kommenden Risiken der unterschiedlichen Patientenpopulationen zu adjustieren. Methodisch akzeptable Klinikvergleiche müssen jedoch die relevanten Patientencharakteristika abbilden, um Fairness gegenüber den zu vergleichenden Kliniken und Abteilungen zu gewährleisten. Zudem bleibt die Ergebnisqualität der Behandlung weiterhin außerhalb der vergleichenden Betrachtungen. Erst die Einbeziehung des Behandlungsergebnisses würde die Validität des Vergleichs auf ein akzeptables Niveau bringen, wie es aus anderen Disziplinen und anderen Ländern bekannt ist.

### Fallpauschalen

Im Rahmen der Einführung von Fallpauschalen nach den australischen Diagnosis Related Groups-Systemen (DRG) bleibt die bundesdeutsche Psychiatrie bis auf weiteres ausgenommen. Hintergrund dieser Entscheidung ist die schon angeführte geringe Varianzaufklärung der Diagnosen auf die Behandlungsdauer. Fallpauschalen sind methodisch nur dann vertretbar, wenn die Variabilität in den Diagnosegruppen nicht sonderlich ausgeprägt ist. Eine ähnliche Entscheidung ist zuvor auch in den Vereinigten Staaten während der Implementierung des DRG-Systems während der 1980er-Jahre gefällt worden. Aufgrund vieler empirischer Untersuchungen [14] ist es den Krankenhasträgern freigestellt worden, sich dem Fallpauschalen-System anzuschließen, weshalb in der Regel die Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen beibehalten wurde.

Die Veterans Administration (VA), welche die Behandlung der früheren und aktuellen Angehörigen der US-Armee organisiert und finanziert, hat zeitweilig ein DRG-ähnliches System auch für die

Psychiatrie eingeführt. Die Finanzierung der VA-Kliniken für Psychiatrie über Fallpauschalen wurde 1988 nach vier Jahren wieder abgeschafft. Die erwarteten Kostenreduktionen stellten sich nicht ein, sondern es waren sogar Kostensteigerungen im Gesamtsystem zu erkennen [16, 17]. Wie in Fallpauschalen-Systemen üblich, sank die Behandlungsdauer der einzelnen Behandlungsepisoden, und dies führte auch zu einem Rückgang der über ein Jahr kumulierten Behandlungsdauer pro Person. Allerdings zeigte sich dieser Effekt nicht bei der im VA-Kontext sehr häufig vorkommenden Therapie der Alkoholabhängigkeit. Hier verkürzte sich die personenbezogene Behandlungsdauer nicht. Längerfristige ökonomische Evaluationen des VA-Systems haben gezeigt, dass wesentliche Merkmale der Behandlungen direkt auf Einführung und Abschaffung der fallpauschalierten Finanzierung reagierten [10]. Mit dem Übergang zu tagesgleichen Pflegesätzen am Ende der vierjährigen Periode stieg die mittlere Verweildauer in wichtigen Diagnosegruppen sofort wieder an bzw. fiel der Rückgang der Verweildauer deutlich geringer aus. Und während innerhalb der Fallpauschalenperiode die Wiederaufnahmen dramatisch anstiegen, flachte die Kurve dieser Quote direkt im Anschluss ab.

Regional und kulturell näher liegend sind die Erfahrungen, die gegenwärtig in Österreich mit einem Fallpauschalensystem in der Psychiatrie gemacht werden. Dort ist die Psychiatrie Teil des Fallpauschalensystems LKF (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung). Nach anfänglichen Befürchtungen und Nachbesserungen [9] zugunsten der psychiatrischen Behandlung scheinen sich die österreichischen Regelungen im Großen und Ganzen nicht negativ auf das psychiatrische Versorgungssystem auszuwirken. Der entscheidende Grund hierfür dürfte in den vielen Ausnahmeregelungen zu finden sein, welche erst gar kein System schufen, das zu starr für die psychiatrischen Versorgungsformen war. Allerdings ist damit auch der Kosteneffekt in Richtung Einsparung nicht gegeben, wie neuere Berechnungen des psychiatrischen Anteils der Fallpauschalen ergeben haben. Des Weiteren sind die aufgetretenen Defizite für Psychiatrische Kliniken bis in die jüngste Zeit von der öffentlichen Hand ausgeglichen worden. Wie in allen pauschalierten Vergütungssystemen zeigte sich auch in Österreich eine Veränderung der Kodierungsgewohnheiten in Richtung auf »gewinnbringende« Diagnosen. Da psychiatrische Diagnosen in nicht-psychiatrischen

Abteilungen relativ großzügig vergütet werden, stieg die Anzahl und der Anteil psychiatrischer Diagnosen hier deutlich unter dem Fallpauschalensystem an, während die Entlassungen aus psychiatrischen Abteilungen nur unwesentlich zugenommen haben [7].

Angesichts dieser Befunde kann die Entscheidung der Bundesregierung, die stationäre Psychiatrie von der fallpauschalierten Finanzierung der Kliniken auszunehmen, nur unterstützt werden. Das rigide DRG-System, das – etwa im Vergleich zu Österreich – kaum Ausnahmetatbestände kennt, hätte im Bereich der Psychiatrie zu massiven und wahrscheinlich nachteiligen Konsequenzen geführt. Ein weniger striktes Verfahren mit vielen Ausnahmen hätte die Notwendigkeiten in der Psychiatrie womöglich besser abgebildet, aber zu keinen nennenswerten Steuerungseffekten der Einsparung geführt.

### Budgetlimitierungen

Ein Mittel zur Kostenbegrenzung der Ausgaben im stationären Bereich stellen die jährlichen oder zweijährlichen Budgetverhandlungen zwischen Kostenträgern und Kliniken dar. Ziel dieser Verhandlungen ist die prospektive Vereinbarung eines Gesamtbudgets für die einzelne Klinik. Da in den Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen die bisherigen Fallpauschalenregelungen für die somatischen Krankenhäuser nicht greifen, basieren die Verhandlungen auf der so genannten Patientenstruktur gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung. Auf der Grundlage der letzten vier Stichtage wird ermittelt, wie sich die Patientenstruktur entwickelt hat und welche weiteren Entwicklungen zu erwarten sind. Zusätzliche Kennzahlen stellen die durchschnittlich belegten Betten, die zu erwartende Fallzahl sowie die Verweildauer dar.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass trotz des Wegfalls der in den 1990er-Jahren bestehenden Budgetdeckelung eine Ausweitung des Klinikbudgets, etwa aufgrund veränderter Tatbestände (z.B. neue Behandlungsangebote), kaum möglich ist. Kernmerkmal der Verhandlungen sind die Verweildauern, welche sich in den letzten Jahren deutlich rückläufig zeigten. Zudem werden die realen Lohnveränderungen der jeweiligen Klinik nicht umgesetzt, sondern lediglich eine durchschnittliche Bruttolohnanpassung, welche auf die Tarifverhandlungen zurückgeht. Im Ergebnis

haben diese Tendenzen faktisch die Psychiatrie-Personalverordnung vielerorts außer Kraft gesetzt, da aufgrund der fehlenden Geldmittel die ermittelten Stellenpläne nicht umgesetzt werden können. Inwieweit sich diese Umstände negativ auf die Versorgungsqualität und auf die Innovationsfähigkeit des Versorgungssystems auswirken, darüber kann an dieser Stelle nur spekuliert werden.

### Restriktionen im Kostenübernahmeverfahren

Restriktionen im Kostenübernahmeverfahren finden sich in den Regionen in abweichenden Ausprägungen. Während in Süddeutschland die Kostenträger nur geringe Interventionen vornehmen, sieht dies im Nordwesten gänzlich anders aus. In der Regel wird dort die Länge der Behandlung von Seiten der großen Krankenversicherungen limitiert, was zu einem erheblichen Aufwand in der Beantragung der Kostenübernahme und der Kostenverlängerung geführt hat. In Einzelfällen wird auch die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in Frage gestellt, wobei es sich meistens um Fälle von Patienten mit weit reichenden sozialen Desintegrationstendenzen, etwa Wohnungslosigkeit, handelt.

Eine besondere Situation hat sich im Bereich der Suchtkrankenbehandlung ergeben. Zum einen wird die mittel- und langfristige Behandlung von chronisch mehrfach geschädigten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit gegenwärtig nur noch in ganz seltenen Ausnahmefällen gewährt, und dies obwohl die Psychiatrie-Personalverordnung diese Behandlungsmodalitäten explizit vorsieht. Zum anderen sind Restriktionen zu erkennen im Hinblick auf die durch die Krankenversicherungen offensichtlich intendierte Kostenverlagerung zur Rehabilitationsbehandlung. Dies alles hat zur Folge, dass die Dauer der Behandlungen der Alkoholabhängigkeit in den letzten Jahren dramatisch zurückgegangen ist. Während die mittlere Verweildauer der Behandlung alkoholkranker Patienten in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster im Jahre 1997 noch über 30 Tage lag, wurden die Patienten im Jahr 2001 im Schnitt lediglich 13 Tage behandelt. Dieser deutliche Rückgang ist im Wesentlichen auf die faktische Abschaffung der mittel- und langfristigen Behandlung dieser Klientel zurückzuführen. Allerdings ist auch die kurzzeitige Entzugsbehandlung in ihrer Dauer reduziert worden, was durch die Reduktion des Medianwertes der

Behandlungsdauer von 18 Tagen im Jahr 1997 auf elf Tage im Jahr 2001 indiziert wird. Mit anderen Worten: 50 Prozent der alkoholkranken Patienten sind spätestens nach elf Tagen wieder entlassen. Gleichzeitig steigt die Wiederaufnahmerate alkoholkranker Patienten ebenso deutlich an. Gerade die chronisch kranken Patienten mit häufigen Wiederaufnahmen profitieren gegenwärtig von der stationären Behandlung am wenigsten. Bei dieser Patientengruppe ist die Aufmerksamkeit der Kostenträger besonders hoch, weshalb hier auf eine kurze Behandlung gedrängt wird.

Gleiche Erfahrungen wurden auch in den Vereinigten Staaten mit Prozeduren im Kostenübernahmeverfahren gemacht. Unter diesen Prozeduren hat sich das so genannte *Utilization Management* als besonders wirkungsvoll hinsichtlich der Reduktion der Behandlungsdauer herausgestellt [19]. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die Aufenthaltsdauer vom Behandler beantragt wird. Vom Kostenträger wird eine bestimmte Dauer genehmigt, die in der Regel unterhalb des Antrags liegt. Die vorliegenden Untersuchungen belegen sowohl eine Reduktion der Dauer pro Episode als auch einen Anstieg kurzfristiger Wiederaufnahmen als Folge dieser Prozedur [3]. Wickizer und Lessler [20] haben das Risiko einer Wiederaufnahme innerhalb von 60 Tagen genauer quantifizieren können: Jeder nicht vom Kostenträger genehmigte Tag erhöhte das Wiederaufnahmerisiko (adjustiertes Odds Ratio) um 3,1 Prozent.

### Schlussfolgerungen

Die vorstehenden Ausführungen haben einen Überblick über die bestehenden und, im Falle der Fallpauschalen, diskutierten Steuerungsversuche der psychiatrischen Versorgung gegeben. Ohne Zweifel kann auch die psychiatrische Versorgung extern gesteuert werden. Allerdings bleibt zu fragen, ob die angestrebten Steuerungseffekte zum einen im Sinne der Patienten sind, zum Zweiten, ob die Effekte auch erreicht werden und zum Dritten, ob sich gegebenenfalls unerwünschte Nebeneffekte einstellen. An der Tatsache, dass das gesamte psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland weiter optimierbar ist, kann nicht vorbeigesehen werden. Während in einigen Regionen des Landes sicher noch zu viele stationäre Betten vorgehalten werden, und diese durch weitreichende ambulante und teilstationäre Angebote ersetzt werden könnten, fehlen in anderen Re-

gionen gerade ausreichende gemeindenahere stationäre Angebote, beispielsweise für alkoholabhängige Patienten.

Patientenorientierung in der stationären psychiatrischen Versorgung verlangt so viele Betten wie nötig und so wenig Betten wie möglich. Versorgungsoptimierung darf aber nicht darauf hinauslaufen, dass freie Betten erst viele Kilometer entfernt zu finden sind, wie es in einigen Regionen Großbritanniens mittlerweile der Fall ist. Und auch das Abweisen entgiftungsbereiter alkoholabhängiger Patienten (mit dem Tipp, doch möglichst den Alkoholspiegel zu halten, damit nicht ein Delirium tremens droht) aufgrund fehlender Betten, was hinter vorgehaltener Hand aus einigen Regionen Süddeutschlands berichtet wird, darf nicht zur Regel werden. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass kürzere und dafür häufigere Behandlungen durchaus den Patientenpräferenzen entsprechen.

Die jüngst diskutierten und zum Teil schon etablierten Interventionen der Krankenhausvergleiche und Fallpauschalen sind vor allem dann abzulehnen, wenn sie nicht eine Ressourcenausstattung gewährleisten, welche eine fachgerechte Behandlung erlaubt. Letztlich würde dies zu Lasten der Patienten gehen, die nicht nur inadäquat behandelt würden, sondern auch einer Aufnahmeselektion und einem Verlegungsdruck unterlägen, bei der die weniger kostenintensiven Fälle präferiert bzw. längerfristig notwendige Behandlungen vermieden würden. US-amerikanische Erfahrungen haben gezeigt, dass zunehmender Wettbewerb und die Verknappung ökonomischer Ressourcen zu wirtschaftlich motivierten Verlegungen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems führen können (»Dumping«) [18].

Umgekehrt bedeutet dies für Krankenhausvergleiche, dass für die Risiken der verschiedenen Patientenpopulationen, welche in den Kliniken mit der gleichen Diagnose behandelt werden, methodisch sachgerecht adjustiert werden muss. Wenn aus Krankenhausvergleichen weit reichende Schlüsse für die Höhe des Budgets einer Klinik oder Abteilung gezogen werden, dann muss der Vergleich mit hohem methodischem Aufwand und Sachverstand vorgenommen werden. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Kliniken nicht für die Erfüllung ihres Auftrags, der Sorge für die schwer und chronisch kranken Patienten, wirtschaftlich benachteiligt werden.

Hinsichtlich der Steuerungseffekte bleibt festzuhalten, dass diese in der Regel in Deutschland nicht überwacht werden. So verwundert es dann auch nicht, wenn sich herausstellt, dass mit der Verkürzung der Behandlungsepisoden im Suchtbereich eine Verlängerung der patientenbezogenen kumulierten Verweildauer über ein Jahr einhergeht [15]. In diesem Fall sind allein die intendierten Effekte (Reduktion der Fallkosten), aber nicht die Nebeneffekte überwacht worden. Die überwachten Effekte beziehen sich ausschließlich auf die kurzfristigen ökonomischen Behandlungsergebnisse, während die Erreichung der fachlichen Ziele bisher vollkommen ausgeblendet bleibt. Das Monitoring des fachlichen Behandlungsergebnisses ist sicherlich ein methodisch anspruchsvolles Unterfangen, allerdings sollte in dieser Richtung mehr Kapazität investiert werden, damit die vielfältigen Steuerungsversuche die Gesundheit der Patienten nicht beeinträchtigen.

Die Steuerung der psychiatrischen Versorgung mit dem Ziel der Limitierung der Behandlung erfordert aus fachlicher Sicht sowie aus Patientenperspektive die Überwachung der Effekte. Ohne Evaluation und systematische Qualitätssicherung kann dies nicht erreicht werden. Wie vor allem am US-amerikanischen Gesundheitssystem ablesbar ist, ziehen diese Erfordernisse jedoch erhebliche administrative Folgekosten nach sich, welche die Einsparungen durch ökonomische Anreize zum Teil wieder aufsaugen. Für die Psychiatrie kommt erschwerend hinzu, dass sich das Ergebnis der Behandlung, anders als in vielen Bereichen der somatischen Medizin, nicht durch ein oder zwei Indikatoren abbilden lässt. Eine dem Fallpauschalensystem der somatischen Medizin vergleichbare externe Qualitätssicherung ist im Routinebetrieb der Versorgung nur schwer vorstellbar. Das Behandlungsergebnis wird in der Regel nicht am Entlassungstag überprüfbar, sondern wird sich erst im Verlauf der poststationären Phase zeigen. Dieser Umstand erfordert aufwändige Katamnesen, die wünschenswert aus Sicht der Qualitätssicherung sind, aber unter den gegebenen Umständen finanzieller Restriktionen allenfalls selektiv für einzelne Patientengruppen durchführbar erscheinen. Eine bessere Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist auch für die Finanzierung der Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie unabdingbar.

## Literatur

1. AN DER HEIDEN, W.: Können durch außerstationäre Maßnahmen stationäre Aufenthalte verhindert werden? *Das Gesundheitswesen* (Sonderheft 1), 58, 1996, S. 38-43
2. BECKER, T., J. VAZQUEZ-Bárquero: The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410), 2001, S. 8-14
3. DICKEY, B., S. NORMAND, E. NORTON, H. AZENI, W. FISHER & F. ALTAFFER: Managing the care of schizophrenia: Lessons from a 4-year Massachusetts Medicaid study. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1996, S. 945-952
4. FRICK, U., J. REHM, S. KRISCHKER & C. CORDING: Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics – a multilevel analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8, 1999, S. 146-191
5. FRICK, U., J. REHM, S. KRISCHKER & C. CORDING: Hert Tur-Tur und die Krankenhausvergleiche: Ein Besuch in der Psychiatrie-Oase. *Das Gesundheitswesen*, 63, 2001, S. 435-439
6. GREENGROSS, P., D. HOLLANDER & R. STANTON: Pressure on adult psychiatric beds: results of a national questionnaire survey. *Psychiatric Bulletin*, 24, 2000, S. 54-56
7. KATSNIG, H., E. LADINER, M. SCHERER, G. SONNECK & J. WANCATA: Österreichischer Psychiatriebericht 2001: Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie, Wien 2001
8. KUNZE, H (2000): Die einheitliche Bettenmessziffer bei der Bedarfsplanung für psychiatrische Kliniken – Kritik aus rechtlicher und fachlicher Sicht. *Spektrum*, 29: 38-42
9. MEISE, U. & H. Hinterhuber: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung – verliert die Psychiatrie? *Neuropsychiatrie*, 12, 1998, S. 177-186
10. MENKE, T., C. ASHTON, N. PETERSEN & F. WOLINSKY: Impact of an all-inclusive Diagnosis Related Group payment system on inpatient utilization. *Medical Care*, 36, 1998, S. 1126-1137
11. PAYKEL, E., R. ABBOTT, R. JENKINS, T. BRUGHA & H. MELTZER: Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 30, 2000, S. 269-280
12. RICHTER, D.: Krankenhausbetriebsvergleich – Konsequenzen für psychiatrische Kliniken. *Das Krankenhaus*, 90, 1998, S. 657-660
13. RICHTER, D.: Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken – Wie sinnvoll ist ein Vergleich von Verweildauern nach Diagnose und Alter? *Das Gesundheitswesen*, 61, 1999, S. 227-233

14. RICHTER, D.: Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung: Eine Übersicht über Methoden, Einflussfaktoren und Auswirkungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 2001, S. 19-31
15. RICHTER, D. & B. EIKELMANN: Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Positive oder negative Konsequenzen? *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 29, 2000, S. 67-72
16. ROSENHECK, R. & L. MASSARI: Psychiatric inpatient care in the VA: Before, during and after DRG-based budgeting. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, S. 888-891
17. ROSENHECK, R., L. MASSARI & B. ASTRACHAN: The impact of DRG-based budgeting on inpatient psychiatric care in Veterans Administration Medical Centers. *Medical Care*, 28, 1990, 124-134
18. SCHLESINGER, M., R. DORWART, C. HOOVER & S. EPSTEIN: The determinants of dumping: A national study of economically motivated transfers involving mental health care. *Health Services Research*, 32, 1997, S. 561-590
19. WICKIZER, T., D. LESSER & K. TRAVIS: Controlling inpatient psychiatric utilization through managed care. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1996, S. 339-345
20. WICKIZER, T. & D. LESSER: Do treatment restrictions imposed by Utilization Management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? *Medical Care*, 36, 1998, S. 844-850.

## Praktische Möglichkeiten der Integrierten Versorgung

### Integrierte Versorgung – Bedingungen für ein zukunftsweisendes Versorgungsprogramm

Gerhard Holler

#### Erfahrungsstand

Die Integrierte Versorgung ist durch die Neuaufnahme des § 140a ff. ins SGBV als spezifische Form der Krankheitsbehandlung ermöglicht worden. Nach erster Durchsicht der im Gesetz formulierten Einzelbestimmungen verdichtete sich in der Fachwelt aber der Eindruck, dass die Vorgaben im Hinblick auf Praktikabilität und Erfolgserwartungen problematisch einzuschätzen sind. Zunehmend herrschte die Meinung vor, dass eine direkte Umsetzung der Gesetzesvorgaben nicht zügig erwartet werden kann. Dies gilt für alle Bereiche, besonders aber für die Psychiatrie.

Der gemeinsamen Behandlungsplanung und -durchführung von Klinik und ambulant tätiger Ärzteschaft stehen allenthalben eine Reihe von Schwierigkeiten und Barrieren entgegen. Insbesondere in der Psychiatrie hat es sich eingebürgert, dass Patienten mit umfassendem Hilfebedarf bei einer länger andauernden und schweren Erkrankung regelhaft klinisch versorgt werden. Klinische Versorgung hat sich, um unterschiedlichen Bedarfssituationen angemessen begegnen zu können, in vollstationäre, tagesklinische (einschl. der akuttagesklinischen) und ambulante Versorgung differenziert. Durch die Novellierung des § 118 SGBV ist der Stellenwert der Institutsambulanzen weiter bestärkt worden.

Das Hilfeprogramm der niedergelassenen Ärzteschaft umfasst hingegen ein breites Spektrum medizinischer Hilfemaßnahmen auf dem Gebiet neurologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen, von denen vorrangig wartzimmerfähige Patienten profitieren. Eine niedergelassene Arztpraxis ist, wenn sie nicht als Gemeinschaftspraxis geführt wird, zur Schwerpunktsetzung he-

rausfordert. Die Akutbehandlung psychisch Kranker gehört zwar zum Behandlungsrepertoire der niedergelassenen Ärzteschaft, aber schwer Erkrankte, die aufsuchende Hilfe benötigen, lassen sich in der Regel nicht problemlos durch die niedergelassene Ärzteschaft unter den Rahmenbedingungen der restriktiven Kapazitäts- und Finanzierungsvorgaben umfassend behandeln. Insbesondere Hausbesuche sind nur unzulänglich abrechenbar, die Verordnungsfähigkeit von Krankenpflege und Ergotherapie hat budgetmäßig enge Grenzen und ambulante Soziotherapie lässt sich erst ab 01.01.2002 verordnen. Die für ambulante Soziotherapie maßgebenden Richtlinien sehen keine eigenständigen Finanzierungsregelungen für die Behandlungsplanung, das ärztliche Casemanagement und die Erfolgskontrolle durch die niedergelassene Ärzteschaft vor.

Aufgrund solcher Ausgangsbedingungen ist die Psychiatrie wenig prädestiniert für einen unmittelbaren Einstieg in die Umsetzung des § 140a ff. SGBV. Auf der anderen Seite zwingt aber gerade ein solches Ungleichgewicht zwischen klinischer und außerklinischer Versorgung dazu, Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zwischen beiden Lagern anzubahnen, um die medizinische Versorgung aus der klinischen Institutionalisierung zu befreien und um die Partizipation der Psychiatrie an Innovationen weiter voranzubringen.

#### Ansatz für einen Modellschwerpunkt

Angesichts der Schwierigkeit, zeitnah solche gesetzliche Vorgaben nutzen zu können, erwies es sich als sinnvoll und zweckmäßig, die Integrierte Versorgung orientiert an den Bestimmungen des § 140a ff. SGBV zum Gegenstand eines Modellerprobungsschwerpunktes zu machen. Hierüber sind zunächst drei verschiedene Ansatzmöglichkeiten ausgehend von einer flexiblen Nutzung klinischer Ressourcen ermöglicht worden. Mit der Konzentration auf klinische Initiativen für gemeindepsychiatrische Versorgungsprogramme machen sich diese Modellerprobungen die Tatsache zu Eigen, dass im klinischen Bereich das größere Ressourcenpotenzial und die weitestgehenden Erfahrungen mit multiprofessionellen Behandlungsmaßnahmen vorhanden sind. Diese gilt es zu nutzen, um durch innovatorische Maßnahmen Chancen auf niedrigschwellige Mitwirkung für die ambulanten und komplementären Leistungsanbieter zu eröffnen. Die Projektziele des St. Joseph-Krankenhauses Berlin

Weißensee, des Alexianer-Krankenhauses Krefeld, des Atriumhauses München-Süd gehen in diese Richtung. Die einzelnen Spezifika der Ansätze in Berlin, Krefeld und München-Süd ergeben sich aus der beigefügten Abbildung 1.

Die Bundesregierung hat die Modellförderung an bestimmte Zielvorgaben gebunden, die in der nachfolgenden Aufstellung detailliert wiedergegeben sind (Abbildung 2). Diese haben Steuerungsfunktion. Solche Bindungen an das Einbringen bestimmter Ergebnisse sind erfahrungsgemäß für alle Beteiligten von erheblichen Nutzen. Für die vor Ort verantwortlich tätigen Personen gilt:

- Sie erfahren eine Bestätigung ihres Innovationsansatzes durch die Anerkennung als Bundesmodell, die einem Gütesiegel gleichkommt.
- Die Übertragung von spezifischen Erprobungsaufgaben, gerade wenn es um die Anwendung neuartiger Gesetzesbestimmungen geht, für die noch keine klaren Ausführungsbestimmungen verfügbar sind, gibt der Innovationsdynamik vor Ort eine bestimmte Ausrichtung und legitimiert die Verantwortlichen, gezielt Ermessensspielräume für das eigene weitere Vorgehen auszuloten sowie Kooperationsbeziehungen auszuprobieren und sogar zu belasten.
- Durch die von Bundesseite eingerichtete und geförderte wissenschaftliche Begleitung erhalten die regionalen Initiatoren fortlaufend Rückmeldungen über Erfolge und Schwachstellen ihres Vorgehens. Sie können somit auf der Grundlage einer strukturierten Prozessevaluation in Ausgestaltung des Programms ihr eigenes Tun, wie auch das der anderen Beteiligten ergebnisorientiert steuern.

Für die Bundesregierung ergeben sich hierauf aufbauend weiterführende Möglichkeiten:

- Sie kann zielgerichtet Kooperationsbeziehungen auf der Grundlage eines genau präzisierten Auftrags mit besonders innovationsorientierten Leistungsanbietern eingehen.
- Sie kann für die Weiterentwicklung des Leistungsrechts, aber auch als Nachweis gegenüber Kostenträgern und Leistungsanbietern empirisch gestützte Indizien dafür erarbeiten lassen, wie anfängliche Probleme bei der Umsetzung innovatorischer Maßgaben überwindbar und spezifische Effekte erreichbar sind.

Modelle	Akzentsetzungen bei der Modellerprobung
Berlin Prenzlauer Berg: Psychiatrische Liaisonbehandlung bei Patienten eines somatischen Krankenhauses mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Problemen	<p>Bezugsgruppe: Psychisch Kranke, die wegen umfassender körperlicher Erkrankung im somatischen Krankenhaus vollstationär behandelt werden müssen.</p> <p>Integrationsmaßnahmen: Kooperation zwischen einem jeweils eigenständigen psychiatrischen und somatischen Krankenhaus im Rahmen einer in sich verzahnten somatischen und psychiatrischen Parallelbehandlung multimorbider Patienten.</p> <p>Behandlungsangebot: Ein mobiles Team bestehend aus Fachkräften des psychiatrischen Krankenhauses, praktiziert psychiatrische Parallelbehandlung auf Stationen des Allgemeinkrankenhauses.</p>
Krefeld: Umfassende klinische Behandlung außerhalb des Klinikgebäudes und zwar überwiegend im häuslichen Umfeld	<p>Bezugsgruppe: Akut psychisch erkrankte Menschen mit vollstationärem klinischen Behandlungsbedarf.</p> <p>Integrationsmaßnahmen: Behandlung von im Krankenhaus eingewiesenen Patienten außerhalb des Klinikgebäudes durch Fachleute des psychiatrischen Krankenhauses unter Mitbeteiligung niedergelassener Nervenärzte, ambulanter Pflegedienste und nichtärztlicher ambulant tätiger Fachkräfte im Auftrag und Namen der psychiatrischen Klinik.</p> <p>Behandlungsangebot: In Module differenziertes an klinischen Qualitätsstandards ausgerichtetes medizinisches Hilfeprogramm überwiegend als Hometreatment.</p>
München: Leistungsprofile und Kosten einer integrierten gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit chronischen schizophrenen Erkrankungen in München-Süd	<p>Bezugsgruppe: Sämtliche Patienten mit schwer und chronisch verlaufenden psychiatrischen Erkrankungen, die im für die Erprobung relevanten Stadtteil (München-Süd) wohnen.</p> <p>Integrationsmaßnahmen: Verknüpfung und Vernetzung sämtlicher Anbieter in einem gemeinsamen Hilfeprogramm, das den Vorrang ambulant komplementärer Hilfen bei Patienten, die als besonders schwierig gelten, aufrechterhält.</p> <p>Behandlungsangebot: Personenzentriertes Casemanagement durch Bezugstherapeutinnen und Therapeuten.</p>

Abb. 1: Schwerpunkt: Erprobung integrativer gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote durch Verknüpfung klinischer Ressourcen mit ambulant komplementären Hilfeangeboten

- Sie kann darüber hinaus Anhaltspunkte für Ausführungsbestimmungen und Richtlinien zur Durchführung bestimmter Versorgungsmaßnahmen gewinnen, die, weil praxiserprobt und wissenschaftlich evaluiert, als verbindlich erklärt werden können.

#### Berlin Prenzlauer Berg

Charakteristik einer komplexen psychiatrischen Liaisonbehandlung auf somatischen Stationen im Hinblick auf die Behandlungserfordernisse bei den Patienten, aber auch den Kooperationsbedarf der somatisch Behandelnden, die Möglichkeiten des methodischen Vorgehens und die Kooperationsstandards sowie die hierüber erreichbaren Behandlungserfolge.

Erforderliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen des ärztlichen, pflegerischen, suchttherapeutischen Fachpersonals für eine erfolgsversprechende psychiatrische Liaisonbehandlung von Patienten, die nicht primär das psychiatrische Krankenhaus aufgesucht haben, mit dem Ziel, wenn notwendig, weiterführende psychiatrische Behandlungsprozesse zu initiieren.

Entwicklung Erfolg versprechender Standards für eine patientenzentrierte Integration dieser Patientinnen und Patienten in ambulant komplementäre Hilfeprogramme zur Vermeidung klinisch psychiatrischer Behandlungserfordernisse in psychiatrischen Krankenhäusern.

#### Krefeld

Ermittlung der Anforderungen und Wirkungsziele für eine entinstitutionalisierte klinische Behandlung, die weitgehend als Hometreatment erfolgt.

Auswertung der modellhaften Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen klinischen und ambulanten Leistungsanbietern mit dem Ziel Rahmenbedingungen für die wechselseitige Kooperation und Aufgabenteilung in einem nach Modulen differenzierten Behandlungsprogramm zu standardisieren.

Konzeption von Finanzierungsregeln für eine integrierte psychiatrische Behandlung außerhalb der Klinikmauern nach Maßgaben der Vernetzungsmöglichkeiten und einer möglichst großen Verantwortungspartizipation ambulant komplementärer Leistungsanbieter.

#### München-Süd

Zukunftsweisende Charakteristik eines stadtteilbezogenen gemeindepsychiatrischen Behandlungsprogramms in Bezug auf Patientenauswahl, Leistungsumfang, Kostenvolumina und Behandlungserfolge.

Vertragliche Konzeption eines stadtteilumfassenden Versorgungsverbunds, damit über Casemanagement eine genau am Bedarf orientierte umfassende Hilfeleistung institutionsübergreifend erfolgen kann, wobei das gemeinsam repräsentierte Leistungsprofil Versorgungslücken und damit Ausgrenzung von Patienten aus dem gemeindepsychiatrischen Verbund zu vermeiden hat.

Ermittlung einzelfall-, teilgruppen- sowie gesamtgruppenbezogener Finanzierungserfordernisse unter verschiedenen institutionellen Bedingungen, um Kostenvergleiche und Finanzierungsanforderungen definieren zu können.

Abb. 2: Zielsetzungen und Erprobungsinteresse im Hinblick auf den integrativen Behandlungsansatz

## Weiterführende Perspektiven

Die Integrierte Versorgung wird sich über diese drei Projektansätze allein nicht operationalisieren lassen. Wenn Integrierte Versorgung, zu einem zukunftsweisenden Versorgungsprogramm gestaltet werden soll, müssen noch weitere Ansätze durch Modellerprobungen auf ein nachvollziehbar praktikierbares Niveau gebracht werden. Dies gilt für folgende Ansätze:

- Die Entwicklung und Erprobung von Konzepten für sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen ist vordringlich, damit die im Gesetz geforderten Rahmenbedingungen für die Mitwirkung der niedergelassenen Ärzteschaft genauer präzisiert werden können. Durch die Bildung solcher Schwerpunktpraxen mit jeweils genauer definiertem Einzugsgebiet lässt sich die Versorgung chronisch psychisch Kranker durch niedergelassene Nervenärzte entscheidend verbessern, weil darüber ein weitgehend klinikunabhängiges, ärztlich geleitetes ambulantes Hilfenetz ermöglicht wird. Dies eröffnet nicht nur den Betroffenen niedrigschwellige Behandlungszugänge, sondern verbessert auch entscheidend die Kooperationsmöglichkeiten zwischen niedergelassenen Ärzten untereinander und gegenüber den Kliniken.
- Die Umsetzung der Maßgaben von SGB IX in ein angemessenes und umfassendes Rehabilitationsangebot, das medizinische, soziale und berufliche Ansätze integriert, ist unumgänglich, damit der Anforderung von § 10 Absatz 3 SGB IX zielgerichtet entsprochen wird, wonach den besonderen Bedürfnissen seelisch Behinderter und von seelischer Behinderung bedrohten Menschen bei der Rehabilitation entsprochen werden muss. Dies ist eine wichtige Vorgabe, damit unterschiedliche Leistungsanbieter ihr Hilfsangebot in ein umfassendes integriertes Hilfeprogramm auch tatsächlich einbringen. Behandlung und Rehabilitation müssen Vorrang vor der Behindertenversorgung haben, da nur hierüber das Maß an Besserung der Krankheits-situation und der Lebensumstände erreichbar ist, auf das alle Betroffenen und ihre Angehörigen Anspruch haben. Solange die hierfür erforderliche Zusammenarbeit noch weitgehend Neuland ist, müssen unter Modellbedingungen Anhaltspunkte dafür erarbeitet werden, wie dies effektiv und effizient durchgeführt werden kann.

Momentan ist unter Verkennung dieser Defizitsituation eine politische Diskussion darüber in Gang gekommen, ob und in welchem Umfang der Bund auch weiterhin in der Lage sein soll, Modellförderungen vorzunehmen. Angesichts solcher Schwachstellen und Defizite ist die Bundesregierung aber gut beraten, wenn sie Geldmittel reserviert, um Innovationen durch Modellerprobungen anzubahnen und damit den Psychiatriereformprozess zielgerichtet in Gang zu halten. Folgende Aspekte können nur durch Modellerprobungen sachgerecht bearbeitet werden:

- Präzisierung eines bundesweit relevanten Regelungsbedarfs, zur Beseitigung von Blockaden, die den Vorrang ambulanter Versorgung gegenüber stationärer Versorgung behindern.
- Erarbeitung von Anhaltspunkten für Leitlinien und später auch Rahmenrichtlinien zur Umsetzung von Innovationen als Gegenpart gegenüber der weit verbreiteten Praxisferne psychiatrischer Konzepte, z.B. auf dem Gebiet der Rehabilitation.
- Anschubinnovationen, um auf Landesebene sowie auf gemeindlicher Ebene Rahmenbedingungen und Initiativen für Versorgungsverbesserungen zu provozieren.
- Entwicklung von empirisch abgesicherten Standards als Anhaltspunkten für allgemeinverbindliche Finanzierungsregelungen.
- Bereitstellung von Orientierungspunkten für eine nachbessernde Novellierung von Leistungsgesetzen.
- Verhinderung von Stillstand und Rückschritt bei der Psychiatriereform durch Aufzeigen weiterer Regelungsschritte.
- Konzipierung und Durchführung von Referenzprojekten auf deren Wirkung sich andere beziehen können.

#### Die Möglichkeiten der integrierten Versorgung im Hinblick auf eine bessere Durchsetzung des personenzentrierten Hilfeansatzes

Schon jetzt lässt sich erkennen, dass die Modellerprobungen in Berlin, Krefeld und München einen hohen Stellenwert für die verbesserte Durchsetzung des personenzentrierten Hilfeansatzes besitzen werden. Im Wesentlichen beruht dies darauf, dass durch die Enthospitalisierung des Fachpersonals sich neue Formen therapeutischer Beziehungen erschließen und so Patientinnen und Patienten erreicht werden, die den Zugang zur psychiatrischen Klinik als zu hochschwellig empfinden, um dort Hilfe zu suchen, aber im

ambulantem Bereich bislang keine angemessene Hilfe gefunden haben. Dies sind Personen, die

- der Behandlungsempfehlung ihres Arztes nicht Folge leisten wollen und stattdessen sich unter riskanten Bedingungen suboptimal behandeln lassen, wobei das Risiko einer Einweisung nach den Maßgaben des NPsychKG zunächst ignoriert wird,
- die somatischen Begleiterscheinungen ihrer Krankheit in den Vordergrund rücken und deshalb somatische Behandlungsmaßnahmen präferieren und psychiatrisch unbehandelt bleiben.
- die anstelle einer umfassenden Diagnostik und Therapie psychosoziale Hilfen nach den Rahmenbedingungen der Behindertenhilfe in Anspruch nehmen und somit einer Chronifizierung ihrer Beeinträchtigungen nichts Maßgebliches entgegensetzen.

Hierunter befinden sich psychisch kranke alte Menschen, abhängigkeitskranke Personen, Menschen mit psychosomatischen Problemen, die auch in der Vergangenheit keinen Zugang zu einem ihren Bedarf entsprechenden psychosozialen Hilfesystem gefunden haben. Insofern zeigt sich schon in einer ersten Zwischenbilanz, dass sich eine Reihe weiterführender Möglichkeiten für personenzentrierte Behandlung erschließen, wenn institutionsübergreifend bei Betonung des Vorrangs ambulant/komplementärer Versorgung gemeindepsychiatrisch kooperiert wird.

Gerne berichten die anderen Beteiligten und ich Ihnen wieder über den Fortgang der Projekte, auch um im fachlichen Diskurs die Möglichkeiten der integrierten Versorgung weiter zu präzisieren. Auf die Beiträge von Frau Dr. G. Schleuning und Herrn Dr. A. Horn in diesem Band sei ausdrücklich verwiesen.

## Integrative Psychiatrische Behandlung am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld – Klinische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett

Andreas Horn

### Zusammenfassung

Die seit 1998 am Krefelder Alexianer-Krankenhaus praktizierte »Integrative Psychiatrische-Behandlung« (IPB) ermöglicht eine umfassende Krankenhaus-Akutbehandlung ohne Klinikbett, die durch Umfeldbeobachtung und klinisches »Hometreatment« zu einer Erweiterung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten der Klinik beiträgt und zudem neue gesundheitspolitische Wege durch Verknüpfung klinischer und ambulant/komplementärer Ressourcen eröffnet (Abb. 1).

- Verweildauerbegrenzte ortsungebundene Krankenhausbehandlung
- Durchführbar bei allen psychiatrischen Erkrankungen
- Aufsuchen am Ort des Hilfebedarfs im Sinne des Hometreatment
- Diagnostik und Behandlung soweit möglich vor Ort bzw. »in vivo«
- Ergänzende diagnostische/therapeutische Leistungen in der Klinik
- Klinische personenzentrierte Komplexleistung
- Ärztliches Casemanagement, mobiles multiprofessionelles Behandlungsteam
- Modulares Diagnostik- und Therapiekonzept
- Nutzung der Verbundressourcen i.S. § 140 SGB V
- Übertragbar auf andere Bereiche des Gesundheitssystems

Abb. 1: Integrative Psychiatrische Behandlung IPB

Die IPB baut auf den seit den 70er-Jahren im englischen Sprachraum erprobten gemeindeintegrierten Akutversorgungsformen auf und nutzt darüber hinaus klinische Erfahrungen mit multiprofessionellen Komplexleistungen. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorausgesetzt, ist die IPB-Behandlung am klinischen Syndrom und am konkreten Hilfebedarf der Akutpatienten orientiert (Abb. 2). Darüber hinaus zeigt IPB neue Wege auf, die geforderte Vernetzung von ambulantem, stationärem und komplementärem Bereich umzusetzen.

### Einleitung

In der traditionellen Versorgungslandschaft stehen sich die Blöcke ambulant/komplementärer Bereich, psychiatrisches Fachkrankenhaus (sowie Fachabteilung) und somatisches Krankenhaus organisatorisch und versorgungstechnisch trotz Vernetzungsbemühungen disparat gegenüber. Durch die Schaffung von Institutsambulanzen, die insbesondere Aufgaben in der Behandlung von chronisch Kranken und Problempatienten übernehmen und aufsuchend tätig werden sollten, wurde ein erster Schritt zur Integration der einzelnen Bereiche vorgenommen. Seit 1992 wird am Krefelder Alexianer-Krankenhaus eine multiprofessionell besetzte, auch aufsuchend tätige Institutsambulanz betrieben. Die Klinik hat jedoch in der Folge auch einen Schritt in umgekehrter Richtung unternommen, indem niedergelassenen Nervenärzten der Region Behandlungsmöglichkeiten im stationären Setting angeboten wurden; sie können seit 1994 namens und im Auftrage der Klinik stationär behandlungsbedürftige Patienten im Fachkrankenhaus verweildauerbefristet behandeln. Sie steuern dabei selbst Diagnostik und Therapie, übernehmen tägliche Visiten und nach eigener Planung andere fachpsychiatrische Leistungen, evtl. Psychotherapie. Das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum der Klinik kann beansprucht werden. Dies gilt sowohl für die erforderliche apparative Diagnostik, für einzel- und gruppentherapeutische Psychotherapieleistungen sowie auch für ergotherapeutische und andere ergänzende Therapieverfahren und sozialarbeiterische Betreuung. Dieses als Kooperationsklinik bezeichnete Modell dient ebenfalls der Integration der versorgungstechnisch getrennten Bereiche und ist auch unter dem Aspekt der Behandlerkontinuität sinnvoll.

Mit der IPB wurde ein weiterer flexibler Baustein geschaffen, der eine Integration in beide Richtungen ermöglicht. Des Weiteren wurde die Integration von Fachkrankenhaus und somatischem Krankenhaus durch die Schaffung der Komplexliaison ermöglicht, bei der die psychiatrische Klinik mit allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten Menschen mit akut behandlungsbedürftigen somatisch-psychiatrischen Doppeldiagnosen im somatischen Krankenhaus behandelt. Hier ergeben sich neue Möglichkeiten für psychosomatische Behandlungsmodelle im Bereich der Psychoonkologie, der Schmerztherapie und der Psychotraumatologie.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat mit der »Integrierten Versorgung« nach § 140 a–h SGB V einen Prozess in Gang gesetzt, der die insbesondere bei der Versorgung chronischer Patienten ungünstigen Folgen der doppelt besetzten Facharztschienen (stationär, vertragsärztlich) und der sektoralen Gestaltung der medizinischen Rehabilitation beseitigen soll. Die IPB könnte hier Wege aufzeigen, sowohl die institutionelle als auch die personelle Integration zu verbinden. Hier besteht jedoch Klärungsbedarf, dem nur durch die Erprobung integrierter Leistungsangebote begegnet werden kann. Dies geschieht u. a. durch die Förderung des IPB als Bundesmodell durch das Bundesgesundheitsministerium (Abb. 2).

- Bereichsübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Gesundheitssystem
- Umsetzung der geforderten integrierten Versorgung im Sinne des § 140 SGB V
- Flexibleres Modell, am Behandlungsbedarf orientiertes Modell der Psychosomatischen Behandlung durch Komplex-Liaison
- Fachliche Integration z.B. bei akut psychisch traumatisierten Menschen durch Psychotrauma-IPB
- Zukunftsorientierte Gerontopsychiatrische Versorgung in Anbetracht der demografischen Entwicklung

Abb. 2: Gesundheitspolitische Bedeutung der IPB

Nach Brenner et al. [1] bietet gemeindeintegrierte gegenüber vollstationärer Akutbehandlung eine Reihe klinischer Vorteile: »Sie schneidet weniger tief greifend in das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein, ist weniger stigmatisierend und die verstärkende Wirkung von Hospitalisationen auf die sozialen Behinderungen der Patienten entfällt. Sie erlaubt eine umfassendere, detailliertere Abklärung der Probleme und Ressourcen der Patienten in ihrem Lebenskontext und kann flexibler den wechselnden Bedürfnissen des einzelnen Patienten angepasst werden. Für psychosoziale Interventionen bietet sie das geeignetere Setting, da u. a. die Ressourcen der Betroffenen, z.B. das soziale Netz der Patienten, besser genutzt und die Allianz mit den privaten Betreuern gestärkt werden können. Dies wiederum kann letztlich auch eine Erhöhung der Compliance nach sich ziehen. Schließlich liefert ein gemeindeintegriertes Versorgungssystem die Grundlage für ein kontinuierliches Ineinandergreifen der verschiedenen Präventions-, Behandlungs- und

Rehabilitationsmaßnahmen und damit für eine insgesamt bedarfsgerechtere Versorgung.« In diesem Übersichtsartikel zur gemeindeintegrierten Akuttherapie findet sich auch eine klare Darstellung der unterschiedlichen Konzepte und der Studien zu deren Wirksamkeit.

Im englischen Sprachraum wurden zahlreiche »Assertive Community Treatment«-Programme (ACT bzw. PACT) (siehe Abb. 3), die letztlich auf dem von Stein und Test [3] entwickelten Konzept basieren, bei chronisch schwer psychisch kranken Personen erprobt. Im Zusammenhang mit der in den USA, Großbritannien und Australien praktizierten aufsuchenden, mit Bereitschaftsdiensten verbundenen multiprofessionellen Therapie wurden verschiedene Casemanagement-Modelle entwickelt, von denen die ACT-Modelle, das Makler-Modell, Intensive-Casemanagement-Modell, Rehabilitationsmodell, Ressourcen-Stärkenmodell und klinisches Casemanagement unterschieden werden können [2].

- PACT – Program for Assertive Community Treatment
- Casemanagement-Models
- Home-based Acute Psychiatric Services
- Hospital at Home
- Birmingham-Modell

Abb. 3: Internationale Perspektive

### Integrative Psychiatrische Behandlung – IPB

IPB verbindet im Rahmen der psychiatrischen Krankenhaus-Akutbehandlung die gesetzlichen Vorgaben in Hinblick auf integrierte Versorgungssysteme mit dem von der AKTION PSYCHISCH KRANKE geforderten Paradigmenwechsel von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Zudem basiert die IPB auf der Feststellung, dass bei einer vollstationären Akutbehandlung auch bei guter Tagesstruktur im Krankenhaus Leerzeiten auftreten, so dass die Patienten nicht durchgängig vom stationären Aufenthalt profitieren. Dies lässt sich auch nicht durch Rekurs auf die therapeutische Gemeinschaft, deren Bedeutung hier sicherlich nicht unterschätzt werden soll, überdecken.

Notgedrungen muss der Patient einen Teil seiner gesunden Persönlichkeit an der Krankenhauspforte abgeben, was die gewünschte Ressourcenorientierung erschwert. Kliniken praktizieren zur Gewährleistung einer ausgefüllten Tages- und Wochenstruktur eine Polypragmasie, deren medizinische Sinnhaftigkeit angezweifelt werden kann. Umfangreiche Therapiepläne sind dabei aufgrund der Zunahme der Fallzahlen bei geringerer Verweildauer, aufgrund der Notwendigkeit von zeitintensiven Kriseninterventionen und aufgrund der knapper werdenden finanziellen Ressourcen immer schwieriger realisierbar. Das Krefelder Alexianer-Krankenhaus ist hier durch Outsourcing Kontinuität sichernde Wege gegangen. Bei fehlender therapeutischer Dichte zweifeln sowohl Kassen als auch Patienten die Notwendigkeit vollstationärer Behandlung an. Viele Patienten könnten sich in den therapiefreien Zeiten zu Hause aufhalten und dort sinnvollen, selbst intendierten, dem Gesundheitsprozess förderlichen Tätigkeiten nachgehen, die therapeutisch unterstützt werden könnten. Zum anderen finden sie hier therapeutisch sinnvolle Rückzugsmöglichkeiten, die in der Klinik nicht gegeben sind. Als wesentliches Element ist jedoch das individualisierte, auf den konkreten Hilfebedarf abgestimmte Hometreatment zu nennen, das von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gestaltet wird.

Der Aufbau der IPB vollzog und vollzieht sich in drei Entwicklungsstufen. Das seit 1996 entwickelte Modell wurde 1998 nach Verhandlungen mit den Krankenkassen mit ersten Patienten begonnen. In der Orientierungsphase von Juli 1998 bis Dezember 1999 stand die Ausgestaltung der Konzeption zu einem neuen klinischen Behandlungsbaustein im Mittelpunkt. Die IPB sollte sich an eine psychiatrische Intensiv- und oder Regelbehandlung anschließen, diese zwischengeschaltet sein oder allein wirksam werden (siehe Abb. 4). In der Konsolidierungsphase seit Januar 2000 zentrierten sich unsere Bemühungen um die Ausweitung und Standardisierung der Kooperation mit ambulanten Leistungsanbietern und komplexen Diensten. An diese Phase wird sich die Etablierungsphase anschließen, in der es, entsprechende gesetzliche Regelungen vorausgesetzt, um die endgültige Integration in den gemeindepsychiatrischen Verbund im Sinne bereichsübergreifender Leistungen gehen wird. Von entscheidender Bedeutung wird dabei sein, ob Kasernenärzte Leistungen für die IPB (im Sinne des o.g. Modells der

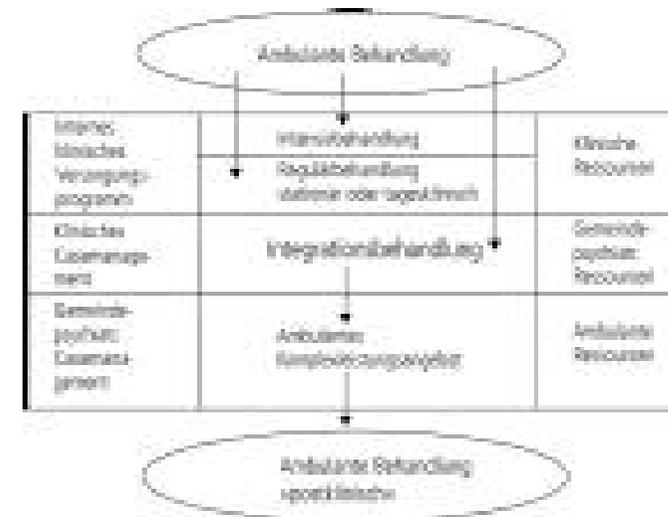


Abb. 4: Neuorientierung der klinischen Versorgung

Kooperationsklinik) erbringen können und wie diese Leistungen auf vertraglicher Grundlage, gesetzgeberisch abgesichert, finanziert werden. In der Kooperationsklinik, wie auch in der IPB erfolgt die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen aus dem ärztlichen Anteil des therapeutischen Budgets.

Die Integrative Psychiatrische Behandlung ist durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Verweildauerbegrenzte klinisch psychiatrische Behandlung am Ort des Hilfebedarfs bei stationärer Behandlungsnotwendigkeit
- Nutzung aller Klinikressourcen für Diagnostik und Therapie, soweit im jeweiligen Behandlungsfall erforderlich
- Personenzentrierte klinische Komplexleistung und Bereitstellung individueller Therapiepläne. Die Leistungen werden in Abstimmung mit dem Patienten – an seinen Möglichkeiten, Wünschen und therapeutischen Notwendigkeiten orientiert – teils in seiner Wohnung, teils im sozialen Umfeld, teils in der Klinik erbracht
- Mobiles multiprofessionelles Behandlungsteam, das individu-

elle Hilfemaßnahmen in Form des Hometreatments und eine 24-stündige klinische Verantwortung an sieben Tagen in der Woche gewährleistet

- Nutzung der Verbundressourcen, d.h. Einbeziehung von ambulanten und komplementären Behandlungsangeboten, deren Finanzierung aus dem Krankenhausbudget erfolgt

Insgesamt ergibt sich eine Kombination aus integrierter Versorgung und integrativen Therapiemodellen.

Krankenhausbehandlung definiert sich aus Sicht der »Integrativen Psychiatrischen Behandlung« als verweildauerbegrenzte, ortsungebundene klinische Komplexleistung, die eine personenzentrierte multiprofessionelle Akutbehandlung unter partieller Nutzung von Verbundressourcen einleitet und dadurch im Hinblick auf die anschließende ambulante Weiterbehandlung Koordinierungsfunktion im Gemeindepsychiatrischen Verbund übernimmt (siehe Abb. 5).

Flexible Behandlungsorte:	Fachspezifische Behandlung:
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wohnung des Patienten</li> <li>■ Somatisches Krankenhaus</li> <li>■ Seniorenheim</li> <li>■ Heilpädagogisches Heim</li> <li>■ Betreutes Wohnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Umfassende syndrombezogene Diagnostik</li> <li>■ Multiprofessionelle Therapie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Allgemein-psychiatrisch</li> <li>■ Psychotherapeutisch</li> <li>■ Neuropsychologisch</li> <li>■ Ergotherapeutisch</li> <li>■ Mototherapeutisch</li> <li>■ Soziotherapeutisch</li> <li>■ Fachpflegerisch</li> </ul> </li> <li>■ Modularisierte Therapieverfahren</li> </ul>

Abb. 5: Ortsungebundene Krankenhausbehandlung

Derzeit werden im IPB gleichzeitig 12–16 Patienten integrativ am Alexianer-Krankenhaus behandelt. Welcher Prozentsatz der psychiatrischen Krankenhauspatienten für eine integrative Behandlung im Sinne der hier geschilderten IPB in Betracht kommt, bleibt abzuwarten und dürfte je nach regionalen Versorgungsstrukturen unterschiedlich sein. Zahlen zwischen 10 und 30 % sind hier vorläufig zu veranschlagen. Modelle aus Großbritannien, bei denen im Rahmen

von Assertive-Community-Projekten wie in Birmingham bis zu 80 % der Krankenhausbetten abgebaut wurden, sind hier weder verantwortlich erreichbar noch erstrebenswert. Sie gehen von anderen Therapiedauern aus, sind vor dem Hintergrund eines gänzlich anderen Gesundheitssystems zu sehen und würden eher zu Kostensteigerungen als zu Einsparungen beitragen. IPB könnte jedoch eine therapeutisch sinnvolle Alternative zur traditionellen vollstationären und teilstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung darstellen bzw. diese in dem o.g. Prozentsatz ersetzen.

Rahmenbedingungen der IPB sind (siehe Abb. 6):

- Ein ärztlich geleitetes, berufsgruppenübergreifend arbeitendes therapeutisches Stammteam aus Ärzten, (Fach-)Pflegerkräften und Sozialarbeiter/-in, in das, je nach Bedarf, Ergo-, Bewegungstherapeuten, Diplompsychologen, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und andere von intern (Klinikmitarbeiter) und extern (niedergelassene Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Soziotherapeuten, Mitarbeiter komplementärer Dienste) einbezogen werden können
- Mobilität der Mitglieder des therapeutischen Teams durch die Anschaffung von Fahrzeugen
- 24-stündiger Bereitschaftsdienst an sieben Tagen in der Woche, der ausschließlich aus den ärztlichen Mitarbeitern der IPB rekrutiert wird
- Enge Abstimmung im therapeutischen Team



Therapeutisches Team: fachärztlich geleitetes Stammteam (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Sekretärin); bedarfsorientierte Integration von Psycho-, Ergo-, Bewegungstherapeuten, Sozialpädagogen intern/extern



Mobilität der Mitglieder des therapeutischen Teams



24-stündige Verantwortung an sieben Tagen in der Woche, Bereitschaftsdienst

Abb. 6: Strukturelle Voraussetzungen für IPB

## IPB-Team

Das mobile Behandlungsteam der integrativen psychiatrischen Behandlung unter chefärztlicher Leitung besteht neben der halbtags tätigen, fachärztlichen Koordinatorin aus einem Facharzt und zwei somatischen Fachärzten in fortgeschrittener psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung, die jeweils hälftig innerhalb der integrativen psychiatrischen Behandlung und im stationären bzw. teilstationären Setting der Krankenhausbehandlung beschäftigt sind. Weiter gehören zum Team zwei ganztags tätige Fachpflegekräfte, eine halbtags tätige, in das Team integrierte externe Ergotherapeutin, eine halbtags in der IPB beschäftigte Sozialpädagogin sowie einem fakultativ verfügbaren Familientherapeuten und einer halbtags beschäftigten Sekretariatskraft. Bedarfsorientiert oder im Rahmen des Kooperationsmodells werden niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Ergo- und Physiotherapeuten und Pflegekräfte in das IPB-Team mit einbezogen.

## Patientengruppen

Mit der IPB können unterschiedliche Patientengruppen behandelt werden, in jedem Fall ist von der Notwendigkeit einer Einweisung, Notfallindikation und Indikationsüberprüfung durch die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen auszugehen:

- Direkteinweisung als Alternative zur vollstationären Aufnahme
- Direkteinweisung zur indikationsspezifischen Vermeidung von Hospitalisierung
- Direkteinweisung bei Akuterkrankung aufgrund ergänzender sozialpsychiatrischer Indikation
- Verlegung nach kurzzeitiger stationärer Intensivbehandlung zur Reduktion der vollstationären Verweildauer
- Verlegung nach verkürzter klinischer Regelbehandlung zur Verbesserung und Sicherung des Behandlungserfolges einschließlich Einleitung geeigneter rezidivprophylaktischer Maßnahmen
- Enthospitalisierungsschritt nach längerfristiger, mehr als achtwöchiger stationärer Behandlung, unter besonderer Beachtung der gemeindepsychiatrischen Integration

Zu Beginn der IPB wird, wie auch bei vollstationärer Aufnahme, ein diagnostisches und therapeutisches Prozedere entworfen, das sich an Anamnese, aktueller psychopathologischer, psychosozialer und psychodynamischer Situation, Ergebnissen der Aufnahmeuntersuchung und an Vorbefunden orientiert. Die gesamte Palette psychiatrischer, psychodynamischer, neuropsychologischer, labormedizinischer, elektrophysiologischer, radiologischer oder sonstiger somatischer Diagnostik wird zur Verfügung gestellt. Zur Erstellung des Therapieplanes ist es erforderlich, das therapeutische Angebot zu modularisieren (Abb. 7), sodass diagnosespezifische Bausteine verordnet werden können.

Basis des Therapieprogramms ist eine teilweise standardisierte, umfassende Aufnahmeuntersuchung und umfangreiche syndrombezogene testpsychologische, soziodiagnostische, labormedizinische und ggf. radiologische, elektrophysiologische, internistisch apparative und sonstige konsiliarische Diagnostik.

Ärztliche Maßnahmen: Therapeutische Visite, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Informationsveranstaltungen, Patienten- und Angehörigenberatung, Psychoedukation, spezielle diagnosebezogene Therapieverfahren u.a.

Spezielle Psychotherapie: Depressionsgruppe, Psychoedukationsgruppen, IPT, DBT-Gruppen (z.B. Fertigkeitentraining), Angstgruppe, Training sozialer Kompetenz, psychodynamische Kurzzeittherapieverfahren u.a.

Andere Therapieformen: Konzentrierte Bewegungstherapie, Entspannungstechniken, Mototherapie, Soziotherapie, Egotherapie (einschl. Kommunikations-, Perzeptions-, Kognitions-, Interaktionstraining), Ernährungsberatung u.a.

Krankenpflege: Basisintervention, Beziehungsaufbau, Tages- und Wochenstrukturierung, ADL-Training, Medikamententraining, Alltags-Mobilitätstraining, Einkaufstraining, fachpflegegerichte Beratung, Ressourcenerkennung, Angehörigenarbeit u.a.

Abb. 7: IPB-Modulsystem

Auch hierbei kann das gesamte Angebot des Fachkrankenhauses genutzt werden und auch auf in der Region vorhandene allgemeine und spezifische therapeutische Angebote zurückgegriffen werden. Jeder Patient erhält auf diese Weise einen individuellen Wochen-therapieplan (siehe Abb. 8), dem zu entnehmen ist, welche Behandlungsbausteine in seiner Wohnung oder im sozialen Nah- bzw. Umfeld erbracht werden und welche Angebote in der Klinik stattfinden.

Die Verteilung der Therapieorte wird individuell der Situation und dem Bedarf angepasst; sie kann bedarfsweise auch ausschließlich im Wohnumfeld des Patienten erbracht werden, dies stellt jedoch nicht den Normalfall dar (siehe Abb. 8).

m; 41 J.; F 20.0; Therapieplan vom 25.7. bis zum 1.8.1999

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00	8.00–9.15 Visite Einzel-/Angehörigenintervention	8.45–9.30 Ergotherapie			
9.00			9.00–10.00 KBT		9.30–10.00 Chefarztvisite
10.00	10.30–11.15 Entspannungs-training	10.30–11.00 Visite/Einzelgespräch	10.00–10.30 Visite/Einzelgespräch	10.45–11.30 Einzel-/Angeintervention	10.30–11.00 Physiotherapie
11.00		11.00–11.30 Gruppensite			
12.00		12.00–12.45 Kognitives Training, ergoth. Praxis	12.00–13.00 Psychoedukation (Gruppe)	12.15–13.00 Kognitives Training, ergoth. Praxis	
13.00	13.45–14.45 Gruppentherapie	13.00–14.00 KBT	13.00–13.45 psychiatr. Pflege	13.45–14.30 Ergotherapie	
14.00					
15.00	15.00–15.45 psychiatr. Pflege			15.00–16.00 Gruppentherapie	
16.00				16.00–16.45 psychiatr. Pflege	

Abb. 8: Individueller Therapieplan

Zur Basisbehandlung der IPB in Krefeld gehören neben der 24-stündigen klinischen Verantwortung über den gesamten Behandlungszeitraum

- tägliche Arztvisiten, davon wöchentlich je eine Chefarztvisite und eine Visite mit der fachärztlichen Koordinatorin,
- mindestens drei psychotherapeutische Einzeltermine pro Woche

- mit psychoedukativer, verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologischer Zielsetzung,
- drei bis fünf fachpflegerische Kontakte im Sinne des Hometreatments,
- zwei bis drei ergotherapeutische Interventionen im Sinne des Hometreatments,
- zumindest ein sozialarbeiterisch/sozialpädagogisches Gespräch in der ersten Behandlungswoche zur Abklärung des sozialen und psychosozialen Hilfebedarfs,
- regelmäßige ergänzende Telefonkontakte.

Der Wochenplan wird mit dem Patienten individuell besprochen und ihm in schriftlicher Form ausgehändigt.

### Integration, Hometreatment, Casemanagement und Modulsystem

Die IPB lässt sich durch die Begriffe Integration, Hometreatment, Casemanagement und Modulsystem beschreiben:

Unter *Hometreatment* im Sinne der IPB ist zu verstehen, dass wesentliche Teile der Behandlung in der Wohnung des Patienten stattfinden, erbracht durch ein mobiles Team. Zu diesen Maßnahmen können zählen: Therapeutische Visiten, Einzelpsychotherapie, ärztliche Beratung, Information und Psychoedukation, Familientherapie, Ergotherapie, einschließlich neuropsychologischem Training, Soziotherapie, Bewegungstherapie und psychiatrische Krankenpflege, einschließlich tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen. Im Rahmen des Hometreatments findet auch lebensfeldbezogene Diagnostik der unterschiedlichen Berufsgruppen statt.

Das *Modulsystem* der IPB ermöglicht es, diagnostische und therapeutische Leistungen anhand eines Verordnungsbogens individuell zusammenzustellen (siehe Abb. 9). Basis des Diagnostik- und Therapieplanes sind die Diagnose bzw. das zu behandelnde Syndrom, Stadium und Verlauf der Erkrankung, Motivation, Compliance und Kooperation des Patienten, seine Wünsche und Ressourcen sowie der psychosoziale Hintergrund und der Ort der Leistungserbringung.

In Abhängigkeit von der Symptomatik des Patienten, seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie in Abhängigkeit von therapeutischen Überlegungen können neben dem Hometreatment weitere

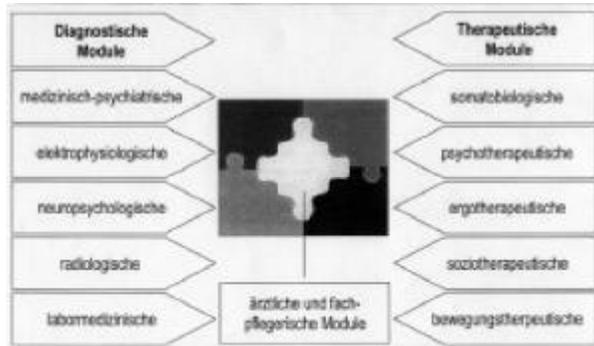


Abb. 9: Zusammenstellung individueller Therapiepläne

Therapieelemente in der Klinik oder im sozialen Umfeld stattfinden. In der Klinik kann der Patient in vorhandene stationsgebundene, stationsübergreifende Gruppen oder auch in IPB-eigene Gruppen eingebunden werden.

Im Rahmen der IPB findet ein klinikärztliches *Casemanagement* statt, da es sich um eine Krankenhausakutbehandlung auf Basis eines medizinischen Konzeptes handelt. Es wird also fachärztlich ein diagnostisches Prozedere und ein Therapiekonzept erarbeitet. Das multiprofessionelle Team wird ärztlich geleitet und die zuständigen Ärzte übernehmen als Casemanager die Koordination von ambulanten, komplementären und klinischen Leistungen sowie die Vorbereitung der Nachsorge im gemeindepsychiatrischen Verbund.

**Integration** im Sinne der IPB bedeutet Krankenhausbehandlung mit Integration in den gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV), Anwendung integrierender Therapiekonzepte und Realisierung von Aspekten der integrierten Versorgung nach dem § 140 SGBV. Sie führt zur Schnittstellenminimierung durch intensivere Zusammenarbeit im GPV, Behandlungskontinuität, Integration niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten in die klinische Behandlung und von externen Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten u.a. therapeutischen Spezialisten, Kooperation mit komplementären Diensten und bedarfsorientierte Vorbereitung eines gemeindepsychiatrischen Casemanagements, z.B. durch ambulante Soziotherapie.

### Kooperation im Rahmen der IPB

Der Übergang von der stationären zur nachfolgenden ambulanten Behandlung ist in den traditionellen Behandlungsformen bisher häufig schlecht organisiert. Dies wirkt sich nachteilig auf den Verlauf chronisch psychischer Erkrankungen aus, bei denen längere Phasen ambulanter Behandlung notwendig sind. Die unzureichende Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ist teilweise durch die künstlich geschaffene Konkurrenzsituation bedingt. Kooperation soll sich künftig im Interesse des Patienten für die Beteiligten mehr lohnen als gegenseitige Abschottung und Konkurrenz. Dabei ist zu beachten, dass Versorgungssysteme nicht über die Köpfe von Patienten hinweg organisiert werden, sondern dass Selbstbestimmungsrechte und Selbsthilfepotenziale genutzt werden. Insbesondere für chronisch psychisch Kranke sollen zur Vermeidung von Drehtüreffekten Rehabilitationsmöglichkeiten durch ambulante Soziotherapie erweitert werden. Dieses Angebot sollte jedoch in ein integriertes System eingebunden sein.

Die Beteiligung niedergelassener Nervenärzte an der IPB kann sich in drei Stufen vollziehen, von uns veranschaulichend als Stufen der Kommunikation, Kooperation und Delegation bezeichnet (siehe Abb. 10). Die Form der Beteiligung orientiert sich an den Wünschen der Fachkollegen, der örtlichen gemeindepsychiatrischen Struktur und den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen. Es sollte zu Beginn und zum Abschluss der Behandlung ein direkter Kontakt in der Praxis des Niedergelassenen, möglichst unter Beteiligung des Patienten, stattfinden, sodass das Wissen bezüglich der ambulanten Vorbehandlung in die stationäre Behandlung einfließt und eine lückenlose ambulante Weiterbehandlung unter Nutzung der klinischen diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen möglich wird. Auf der Stufe der Kooperation übernimmt der niedergelassene Facharzt einzelne Behandlungsaufgaben in Absprache mit den Klinikärzten, so z.B. Visiten oder psychotherapeutische Behandlungsbausteine; es bleibt jedoch ein klinisch ärztliches Casemanagement bestehen. Erst auf der Stufe der Delegation würde der niedergelassene Facharzt namens und im Auftrage der Klinik die Behandlungsverantwortung insgesamt übernehmen und unter Rückgriff auf die diagnostischen und therapeutischen Module zum Casemanager der Akutbehandlung.

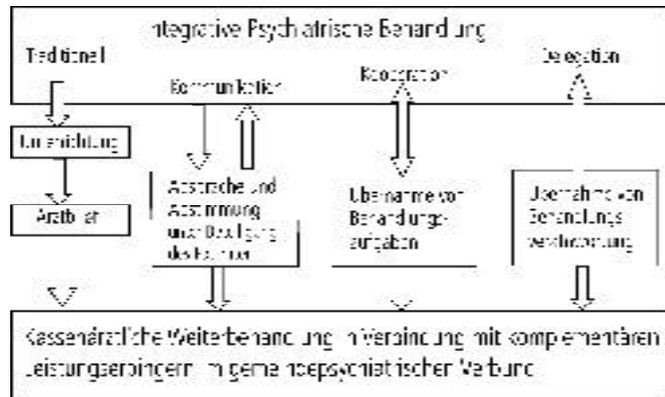


Abb. 10: Möglichkeiten der Beteiligung niedergelassener Nervenärzte an der Integrationsbehandlung für psychisch Kranke (IPB)

### Abschließende Bemerkungen

Die IPB kann als klinisches Pendant der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE geforderten ambulanten personenzentrierten Komplexleistung angesehen werden. Die Klinik greift dabei auf ihre traditionelle multiprofessionelle Kompetenz zurück. Psychiatrische Krankenhäuser, die sozialpsychiatrisch oft als notwendiges Übel im Gemeindepsychiatrischen Verbund angesehen wurden, können durch Enthospitalisierung ihrer Mitarbeiter im Sinne der IPB weiterhin als Motor der Psychiatrie-Reform fungieren. Der Kampf mit den historisch und organisatorisch bedingten Altlasten führte »intramural« bisher trotz Tageskliniken und Institutsambulanzen zu einer unnötigen Bettenfixierung, zu Klinik- statt Klientenzentrierung und zu mangelnder Ressourcenorientierung. Wenn stringent abgestimmte multiprofessionelle Leistungen erforderlich waren, musste man sich bisher trotz Tageskliniken in der Regel in ein Klinikbett begeben. Integrierte Versorgungsformen im Sinne der IPB sollten künftig zum Element der Regelversorgung in einem vernetzten Angebotssystem werden.

Zwischenzeitlich wurde mit dem Modell der IPB auch ein neues Liaisonpsychiatrie-Modell praktiziert: Bereits während der Behandlung in einem somatischen Krankenhaus fand bei psychiatrisch akut

komorbiden Patienten eine begleitende psychiatrische Komplexbehandlung durch das IPB-Team statt, die nach Entlassung aus somatischer Behandlung mit den Mitteln des IPB fortgesetzt wurde. Eine Verlegung in eine psychiatrische Abteilung konnte so vermieden werden (siehe Abb. 11).

1. Bereichsübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Gesundheitssystem
2. Vermeidung hoher kumulativer Verweildauern
3. Kostensenkung für die primär versorgende Klinik
4. Kostensenkung im Gesundheitssystem
5. Nutzung aller klinischer Ressourcen
6. Überwindung der Klinik- und Abteilungsgrenzen in Hinblick auf § 140 SGB V
7. Höhere Patientenzufriedenheit
8. Entlastung der jeweiligen Fachabteilung und Konzentration auf die fachspezifischen Aufgaben
9. Erforderlichenfalls nahtlose Weiterbehandlung bzw. Verlegung
10. Weiterentwicklung des DRG-Systems

Abb. 11: Vorteile der Komplex-Liaison

IPB ist bei medizinischer Indikation zur Krankenhausbehandlung auch im Bereich des Betreuten Wohnens, in Behindertenheimen und Altenheimen realisierbar, was sowohl unter therapeutischen als auch Finanzierungsaspekten belangvoll werden dürfte. Mit der IPB bietet sich ein flexibles System, das je nach regionalen Besonderheiten modifiziert werden kann. Die in der IPB praktizierte ambulante-stationäre Kooperation wird sich je nach Erreichbarkeit ambulanter, komplementärer und stationärer Angebote in städtischen und ländlichen Gebieten, abhängig von der regionalen Verbundstruktur unterschiedlich gestalten. Die trotz der Leitliniendiskussion bisher fehlenden Behandlungsstandards für Verbundsysteme sollten daher regionale Besonderheiten berücksichtigen.

Zweifellos kann und will IPB nicht stationäre Akutversorgung psychisch Kranker ersetzen. Sie scheint eine kosteneffiziente Ergänzung der stationären Behandlung darzustellen und kann darüber hinaus entscheidende Nachteile für die Versorgung der Patienten durch den vielerorts vollzogenen oder noch bevorstehenden Bettenabbau abwenden helfen und die Weiterentwicklung der Verbundsysteme in fachlich und versorgungspolitisch sinnvolle Bahnen lenken.

## Literatur

1. BRENNER, H.D., JUNGHAN, U., PFAMMATTER, M.: Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. Der Nervenarzt ,71, 9/2000, S. 691–699
2. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Bd. 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 2000
3. STEIN, L.I., TEST, M.A.: An alternative to mental hospital treatment: I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 37, 1980, S. 392–397

## Die Psychiatrische Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Die Psychiatrische Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder: »... damit zusammenwächst, was zusammengehört.«

Joachim Speicher

### Ausgangspunkt »Hilfebedarf«

Die Frage nach der Rolle und dem Stellenwert der Psychiatrischen Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund nimmt in diesem Text ihren Ausgangspunkt zum einen in der Betrachtung des »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« und zum anderen in der Erörterung des konkreten Hilfebedarfs des Patienten.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund – so wie er im bundesweiten Projekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes« der AKTION PSYCHISCH KRANKE verstanden wird – umfasst grundsätzlich mehr als nur die vertraglich abgestimmte Zusammenarbeit der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (und ggf. Pflege) in der Zuständigkeit des BSHG und des SGB XI. Er umschließt natürlich in gleicher Weise die Leistungserbringer im Bereich des SGB V und damit zunächst die niedergelassene Fachärzteschaft sowie die Psychiatrischen Kliniken. In der weiteren Betrachtung kommen alle Anbieter ambulant-psychiatrischer Pflegedienste sowie zukünftig die Anbieter der Soziotherapie nach SGB V hinzu.

In der bisherigen Behandlung psychiatrischer Patienten sind »Schnittstellenprobleme« zwischen Einrichtungen und Diensten, insbesondere im Übergang des Patienten von der klinischen zur außerklinischen oder von der stationären zur teilstationären oder ambulanten Behandlung alltäglich. Eine Vielzahl von Behandlern, Therapeuten und Betreuern<sup>1</sup> umringt und umgarnt den Patienten.

---

1 Eine der jüngsten Fallkonferenzen in unserer Institutsambulanz, die sich

Er sieht sich in der Regel im Laufe der Behandlung dem Wechsel ganzer Mann- und Frauschaften und immer neuen und anderen professionellen Helfern ausgesetzt. Dies kann sowohl innerhalb eines Krankenhauses selbst oder noch häufiger beim Wechsel bspw. in ein Wohnheim oder eine Tagesstätte geschehen.

Der häufige Wechsel geht nicht selten einher mit einem Wechsel oder einer nicht nur geringfügigen Abänderung therapeutischer Interventionen. Die Patienten erzählen beim Durchlauf einer Behandlung ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte gleich mehrmals hintereinander. Stabilisierende Kontexte (klinische wie außerklinische) müssen sie verlassen, wenn sich so etwas wie Stabilität eingestellt hat. Dies schließt die entsprechenden Beziehungsabbrüche mit ein. Der individuelle Hilfebedarf des einzelnen Patienten steht nicht im Mittelpunkt. Nicht die Institution passt sich dem Hilfebedarf an, sondern im Normalfall wird der Hilfebedarf des Patienten der Einrichtung und den vorliegenden Strukturen angepasst.

Wenn wir aber, wie im Prozess einer Integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplanung (IBRP) zwingend vorgeschrieben, den gesamten Hilfebedarf des Patienten in den Fokus der Aufmerksamkeit legen, ergibt sich zwangsläufig die Erfahrung einer relativen Gleichzeitigkeit von Bedarfsprofilen. Patienten haben nicht zuerst einen Bedarf an medizinischer Grundversorgung und vier Wochen später an Hilfen zur Selbstversorgung und dann – wenn sie sich selbst versorgen können – an Tagesstruktur und dann an einer speziellen Therapie usw. Das alte Bild der therapeutischen Kette gilt nicht mehr.

### Komplexleistung und Multiprofessionelles Team

Die relative Gleichzeitigkeit des Hilfebedarfs wird in klinischen Settings, spätestens seit der Einführung der »Psychiatrie-Personalverordnung« (Psych-PV), durch den multiprofessionellen Personaleinsatz ausdrücklich anerkannt – ja sogar in der Differenzierung der Bedarfsgruppen A1 – A6, G1 – G6 usw. weiter vertieft.

---

mit dem Wohnungswechsel einer von uns betreuten Wohngemeinschaft (vier Plätze) befasste, brachte insgesamt 14 aktuell am Betreuungsprozess beteiligte Menschen zusammen. Und das waren nicht alle, die sich mit der Therapie und Behandlung der Klienten gleichzeitig befassen.

### Klinik als Ideallösung?

Wir finden in Psychiatrischen Kliniken selbstverständlich<sup>2</sup> das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen, deren fachliche Ausrichtungen mit den Hilfebedarfen der Patienten korrespondieren und die natürlich ihr Handeln zielgerichtet an einem Therapie- und Betreuungsplan ausrichten<sup>3</sup>. Damit erreichen klinische Settings ein hohes Maß an Übereinstimmung des individuellen Hilfebedarfes des Patienten mit den Möglichkeiten der Hilfeleistungen. Medizinische, pflegerische, psychologische, sozialarbeiterische, beschäftigungs- und arbeitstherapeutische, bewegungstherapeutische und andere Leistungen können in der Klinik zeitnah, integriert und aufeinander abgestimmt und unter Federführung eines »Casemanagers« erbracht werden.

Sobald der Patient die klinische Behandlung verlässt, erfolgt eine strukturell bedingte Trennung nicht nur »horizontal« (er wechselt die Einrichtung), sondern auch »vertikal«. Medizinische Behandlung, Selbstversorgung (Wohnen), Arbeiten und Tagesstruktur, aber auch Therapie und Betreuung durch eine Bezugsperson werden nun fein säuberlich nach Einrichtungstyp und -angebot sowie nach Struktur und Kostenträgerschaft getrennt. Die medizinische Behandlung ist in aller Regel nicht integriert, sondern wird als »Annex« durch die niedergelassene Ärzteschaft meist außerhalb verbindlicher Kooperations- und Behandlungsvereinbarungen erbracht. Und damit beginnt die babylonische Verwirrung.

### Ambulante Leistungen der Klinik als Lösung?

Zunächst liegt daher die Idee nahe, die Möglichkeiten der multiprofessionellen Komplexleistung einer Psychiatrischen Klinik durch eine Verlagerung nach außen in den ambulanten Sektor zu bewerkstelligen<sup>4</sup>. Damit könnte Behandlungskontinuität sowie Multipro-

- 
- 2 Im Idealfall!
  - 3 Sehr moderne Klinken beziehen die Patienten sogar aktiv in solche Planungen und Abstimmungen mit ein.
  - 4 Wir kennen aus Italien, Frankreich, England (s. den Beitrag von Michaela Amering in diesem Band), aber auch aus Deutschland (Krefeld) Beispiele, in denen die Arbeit ganzer Krankenhausteams nach »außen« verlagert worden ist.

fessionalität organisiert und gesichert werden. Die Institutsambulanz stellt meines Wissens zur Zeit die häufigste Form dar, eine solche Öffnung umzusetzen.

Nun sind die personellen und finanziellen Ressourcen hier aber sehr begrenzt. Prof. Kunze hat zu Beginn seines Vortrags eine schöne Darstellung des Problems gegeben, dass sich nämlich zwischen Institutsambulanzen, Tageskliniken und Klinken ein Verhältnis in der Ressourcenverteilung von 1 zu 30 zu 90 ergibt. Das heißt, dass ein Patient, der, nicht mehr stationär behandlungsbedürftig, nach der Entlassung durch eine Institutsambulanz weiter betreut wird, auf das Quartal gerechnet im Schnitt nur noch mit einem Neunzigstel der Behandlungsressourcen rechnen kann.

Es ist vor diesem Hintergrund organisatorisch nicht unproblematisch, aus der Betrachtung des stationären Settings entsprechende Personal- und Einsatzplanungen abzuleiten, die eine aufsuchende Behandlung und Therapie des Patienten in seinem sozialen Umfeld unter den Gesichtspunkten der Multiprofessionalität, der Betreuungskontinuität oder gar der Orientierung am individuellen und konkreten Hilfebedarf ermöglichen.

### Integrierte Versorgung – Lösungen aus der anderen Perspektive

Unsere bisherigen Erfahrungen<sup>5</sup> in der gemeindepsychiatrischen Zusammenarbeit verschiedener außerklinischer Anbieter haben mehrere Ergebnisse gezeigt, die die Grundlage für die Entwicklung grundsätzlich anderer Lösungen und Betrachtungsweisen bilden.

1. Die Wohnung des Patienten (auch wenn diese zunächst das Heim oder eine Wohngemeinschaft im Betreuten Wohnen o.Ä. ist) ist dessen Lebensmittelpunkt und als solcher immer Dreh- und Angelpunkt aller Behandlung und Therapie.
2. Nicht der Hilfesuchende wird an die Einrichtung angepasst, sondern die Einrichtung hat ihre Leistungen an den Hilfesuchenden anzupassen.

5 Es handelt sich um Erfahrungen unseres Trägers (eine gGmbH des PARI-TÄTISCHEN in Mainz, die verschiedene Einrichtungen im klinischen und außerklinischen Sektor der psychiatrischen Versorgung betreibt) in der Entwicklung integrativer Versorgungskonzepte sowie in der Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

3. Der individuelle konkrete Hilfebedarf ist für die erforderlichen Leistungen entscheidend, nicht die Konzeption der Einrichtung oder gar die persönlichen Vorlieben der Mitarbeiter.
4. Institutionen, die sich an den vorgenannten Leitsätzen orientieren, können im Einzelfall häufig nicht alle Leistungen gleichzeitig erbringen und müssen mit anderen zur Sicherstellung der Deckung des Hilfebedarfs im Einzelfall kooperieren.
5. Die Kooperation der Anbieter zur Optimierung der Erreichung individueller Behandlungsziele beim Hilfesuchenden zeigt auf der Basis einer systematischen Abstimmung, Planung und Vernetzung der Hilfeleistungen (IBRP = Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung) bislang die größten Erfolge.

Wir haben daher die Entscheidung getroffen, diese Grundsätze nicht nur im Bereich der Eingliederungshilfe anzuwenden, sondern sie auch insbesondere für die Verbindung des klinischen mit dem außerklinischen Settings zu nutzen.

Damit ergibt sich weiterhin ein faktischer Wechsel der Richtung oder Betrachtungsweise: Nicht die Klinik sichert die Behandlungskontinuität und Multiprofessionalität auch nach außen vom klinischen zum außerklinischen, ambulanten Sektor, sondern umgekehrt: Der vertraglich auf der Grundlage der IBRP (lanung!) fußende Gemeindepsychiatrische Verbund setzt die Qualitätsmerkmale und Behandlungsgrundsätze vollständig um. Das geht nur, wenn der gesamte medizinische Versorgungssektor mit der niedergelassenen Ärzteschaft, den Institutsambulanzen, den Tageskliniken und letztlich natürlich auch den Kliniken sich vertraglich in den Gemeindepsychiatrischen Verbund einbringt.

Solche Ideen sind sicher nicht neu. Sie sind aber bislang nicht nur am gelegentlichen Graben- und Ressourcenkrieg der Beteiligten untereinander gescheitert. Es gab sicher auch keine rechtlichen und politischen Unterstützungsprozesse, die eine Entwicklung in diese Richtung gefördert hätten. Das aber zeigt sich nun mit neueren Gesetzgebungen ganz anders!

### Praxisnetz und Gemeindepsychiatrischer Verbund

In Mainz hat sich unser Träger zuerst mit seiner autonomen Tagesklinik und Institutsambulanz und später mit seinen außerklinischen wie auch den ambulanten Pflegeeinrichtungen mit derzeit rund 22 niedergelassenen Fachärzten, Psychotherapeuten, Allgemeinärzten und Hausärzten zum »Netz für seelische Gesundheit e.V.«<sup>6</sup> zusammengeschlossen. Auch die betroffene kassenärztliche Vereinigung ist Mitglied des Praxisnetzes. Die Gesetzgebung in den §§ 140a ff. SGB V ermöglicht solche bereichsübergreifenden Kooperationen und bietet gar die Möglichkeit zur Entwicklung und Vereinbarung auch gemeinsamer finanzieller Strukturen.

Damit ergibt sich die ungeahnte Chance, auf der Grundlage der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung endlich zusammenzubringen, was zusammengehört. Die Friktionen zu überwinden, ist nun möglich derart, dass Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, hauswirtschaftliches Personal und andere Fachgruppen aus durchaus verschiedenen Einrichtungen verbindlich und abgestimmt im ambulanten und teilstationären Sektor am konkreten Hilfebedarf orientiert multiprofessionell, zielgerichtet, aufsuchend und unter Wahrung einer hohen Behandlungskontinuität Hilfeleistungen erbringen. Dies dient in hohem Maße der Vermeidung stationärer Aufenthalte und wirkt sich letztlich auch auf die Zusammenarbeit mit der Klinik aus.

Die Klinik erfüllt natürlich nach wie vor die wesentliche und unverzichtbare Aufgabe der Versorgung und Behandlung all jener Menschen, die sich in Krise und akuter Not auch bei bester ambulanter Versorgung nicht in ihrer Wohnung aufhalten können. Jedoch muss die Klinik selbst sich öffnen und Kooperationsformen zulassen, die eine sinnvolle Weiterbehandlung von außen nach innen ermöglichen. Auch solche Regelungen lassen die Bestimmungen im SGB V ausdrücklich zu.

6 Internetadresse: [www.nsg-mainz.de](http://www.nsg-mainz.de)

### Ein konkretes Beispiel aus der Gerontopsychiatrie

Es ist bekannt, dass die umfassende gemeindepsychiatrische Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten als problematisch angesehen wird. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die akute, aber auch chronische Symptomatik beispielsweise von Demenz- oder Alzheimer-Kranken zu gravierenden Schwierigkeiten im häuslichen Umfeld führt. Dann erfolgt in den meisten Fällen eine Einweisung in die Klinik oder – sobald der MDK die Behandlungsbedürftigkeit für nicht mehr gegeben hält – die stationäre Aufnahme in einem Pflegeheim.

Was aber liegt noch zwischen Klinik und Heim einerseits und einem Leben im eigenen häuslichen Umfeld? Bislang wurde auf diese Frage mit dem Ausbau weiterer Institutionen geantwortet, wie z. B. mit der psychiatrischen Spezialisierung von Sozialstationen oder der Eröffnung von Tagespflegeeinrichtungen oder der Erweiterung tagesklinischer Angebote usw. Häufig jedoch stellen auch diese Antworten wiederum nur eine Fraktionierung des individuellen Hilfebedarfs dar und lösen das Problem nur aus institutioneller Sicht.

Eine Lösung, die sich aus unserer Sicht am individuellen Hilfebedarf orientiert, haben wir zu Beginn des Jahres 2000 bei unserem Träger in Mainz in Betrieb genommen. Es handelt sich um unseren »Integrierten Gerontopsychiatrischen Dienst«, der auf der Grundlage einer am Hilfebedarf des einzelnen Patienten ausgerichteten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zuerst umfassend die notwendigen (Teil-)Leistungen beschreibt. Dies geschieht zunächst über unsere Kooperation im Praxisnetz oder durch die vertraglich gesicherte Kooperation<sup>7</sup> zwischen dem ärztlichen, Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) des Gesundheitsamtes der Kreisverwaltung Mainz-Bingen und unserer Institutsambulanz. Der niedergelassene Facharzt oder die Sozialpsychiaterin des SpDi kann unsere Institutsambulanz hinzuziehen und den ärztlichen oder auch pflegerischen Dienst zur aufsuchenden Akutbehandlung nutzen.

7 Zwischen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen und unserem Träger besteht eine schriftliche Kooperations- und Leistungsvereinbarung, die die ärztlichen Mitarbeiter im SpDi in die Lage versetzt, bei Bedarf vor Ort im Namen und auf Rechnung unserer Institutsambulanz medizinisch-psychiatrisch notwendige ärztliche Behandlungen durchzuführen.

Eine behandelnde MitarbeiterIn der Institutsambulanz entwirft mit dem Patienten (oder ggf. den Angehörigen oder anderen Bezugs- und Vertrauenspersonen des Patienten) einen Bedarfs- und Hilfeplan. Sie organisiert weitere Hilfen aus unseren Bereichen Sozialstation, Hauswirtschaftsabteilung und Betreutes Wohnen, wenn jeweils Hilfen zur Pflege, zur Selbstversorgung, zur Beratung, zur Erledigung administrativer Angelegenheiten u.Ä. zu erbringen sind. Auch stehen bei Bedarf aus der Tagesklinik weitere psychologische oder ergotherapeutische Hilfen bereit. Somit wird nicht der Patient jeweils an die eine oder andere Institution angepasst, sondern die Institutionen passen sich mit Teilleistungen an den individuellen Hilfebedarf an.

Das Besondere an einer derartigen Organisation von Hilfen ist zum einen die relative Passgenauigkeit der Leistungen. Es wird nur das erbracht, was erforderlich, notwendig und zielorientiert ist. Zum anderen können durch die Vernetzung von Praxisnetz, Institutsambulanz und Tagesklinik sämtliche ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen in den Behandlungsprozess integriert werden. Auf der Grundlage eines fundierten, und von allen Beteiligten getragenen Casemanagements werden Behandlungsmaßnahmen miteinander und untereinander abgestimmt, gemeinsam und einheitlich dokumentiert und in Fallkonferenzen reflektiert.

Im Falle der Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten stellt ein solches Vorgehen eine tatsächliche Alternative zur Klinik- und/oder Heimeinweisung dar. Sie ermöglicht einen längeren Verbleib im häuslichen Umfeld und führt zu realen Entlastungen auch bei mitbetreuenden Angehörigen. Sofern akute Krisen eine Klinikeinweisung dennoch erfordern, kann die integrierte ambulante Behandlung in den meisten Fällen die Verweildauer abkürzen. Erstrebenswert und möglich ist natürlich auch die Weiterbetreuung durch die koordinierende Bezugsperson auch beim stationären Aufenthalt. Vergleichbare integrative Lösungen sind natürlich in jedem gemeindepsychiatrischen Praxisfeld durchführbar.

## Fazit

Beim Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme müssen die bislang »abgekoppelten« medizinischen Versorgungssektoren (Kliniken, Tageskliniken, Institutsambulanzen, niedergelassene Praxen) ein-

bezogen werden. Auf der Grundlage der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanungen können vernetzte Strukturen bedarfsgerechte, konkretisierte und zielgerichtete Hilfen im Lebensumfeld des Patienten durchführen, wie sie sonst nur in ihrer Komplexität und Abgestimmtheit in klinischen Settings als möglich erscheinen. Auch wenn manches ungewohnt und kompliziert erscheinen mag: die gesetzlichen Möglichkeiten, gemeindepsychiatrische vernetzte Lösungen einerseits bedarfsorientiert und multiprofessionell und andererseits effektiv und wirtschaftlich zu erbringen, sind vorhanden. Es gibt noch zu wenig Menschen, die sie nutzen.

## Planungskonzept für einen ambulant-tagesklinisch-klinischen Verbund

Christa Widmaier-Berthold

### 1. Rahmenbedingungen

Das baden-württembergische Sozialministerium veröffentlichte 1994 eine Konzeption »Gemeindepsychiatrischer Verbund« und eine Planungshilfe für den Verbund-Aufbau. Diese Planungsempfehlungen waren vom Landesarbeitskreis Psychiatrie erarbeitet worden. Sie beschreiben einen Verbund, der alle Teile der gemeindepsychiatrischen Versorgung umfasst; neben den ambulanten Angeboten auch die Klinik, Werkstätten, Wohnheime. Das Konzept »ambulanter Leistungsverbund« des Landesarbeitskreises Psychiatrie empfiehlt zusätzlich, die bisher vorwiegend psychosozialen bzw. sozialpädagogischen Leistungen der ambulanten Verbund-Bausteine in Zukunft mit medizinischen Leistungen (Soziotherapie, Institutsambulanz, Häusliche Pflege für psychisch Kranke) zu verknüpfen.

In einigen Regionen – z.B. in Ravensburg, Bodenseekreis, Reutlingen, Stuttgart, Esslingen – wurden auf dieser Grundlage bereits seit Mitte der 90er-Jahre erste Verbundentwicklungen angestoßen. Meist gingen sie vom Bereich »Wohnen« aus. Weitere wichtige Impulse für die Fachdiskussion und für die Verbund-Entwicklungen in Baden-Württemberg waren das von der AKTION PSYCHISCH KRANKE für das Bundesministerium für Gesundheit durchgeführte Forschungsprojekt »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« (1992–1996) und das daraus entwickelte Konzept der personenzentrierten Hilfen. [1, 2, 3] Seitdem legen die verbundorientierten Regionen in Baden-Württemberg zunehmend Gewicht auf Fallkoordination und individuelle Hilfeplanung. War bis 1999 Fallkoordination im Gemeindepsychiatrischen Verbund eines unter mehreren Verbund-Zielen und Kooperationssebenen, so wird es jetzt zum vorrangigen Ziel.

2001 startete in Baden-Württemberg ein Landesprojekt zur »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg«. Es ergänzt die Ziele des Bundesprojekts um zwei zusätzliche Akzente: Vereinheitlichung der

verschiedenen Hilfeplanungs-Anforderungen der Kostenträger und Unterstützung der begonnenen Verbund-Entwicklungen.

Der Landkreis Esslingen liegt im Süden Stuttgarts und umfasst etwa 500.000 Einwohner. Er ist kleinstädtisch-ländlich geprägt. Die psychiatrische Versorgung ist in fünf Gebiete mit je etwa 100.000 Einwohner eingeteilt. In jeder Region wurden – ausgehend von je einem Sozialpsychiatrischen Dienst – die ambulanten psychiatrischen Hilfen dicht beieinander aufgebaut, teilweise unter einem Dach. Heute existiert in jeder Region ein Gemeindepsychiatrischer Verbund mit unterschiedlichem Entwicklungsstand. Kern des Verbunds sind der Sozialpsychiatrische Dienst, das ambulante Wohnen, die Tagesstätte, der Integrationsfachdienst und die Sektorstation der zuständigen Klinik.

Bezogen auf 100.000 Einwohner kann der ambulante Verbund in Baden-Württemberg nach den Finanzierungsmodi der beteiligten ambulanten Dienste nur bis ca. acht Fachkräfte umfassen. Im Landkreis Esslingen ist auch der stationäre Bereich mit einem Bettenschlüssel von 0,55 pro Tag und 105 stationären Wohnheimplätzen besonders knapp ausgestattet. Diese ambulante *und* stationäre Knappheit führt dazu, dass Bürgerinnen und Bürger aus dem Landkreis in weit entfernte Heime verlegt werden müssen, obwohl seit einigen Jahren mit Fallkonferenzen vor Verlegungen örtlich Lösungen gesucht werden. Dies bewirkt, dass Personen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für stationäre Krankenhausbehandlung als in der allgemeinen Bevölkerung nicht mehr im Kreis leben und so durch das Versorgungssystem langfristig ein Migration induziert wird.

Nahezu alle der 15 Träger haben mit dem Landkreis einen Verbund-Vertrag abgeschlossen. Pro Region sind etwa vier bis sechs Träger an der psychiatrischen Versorgung beteiligt. Anders als die Kliniken und der ambulante Bereich sind die Tageskliniken (zwei), die Wohnheime (vier) und Werkstätten (zwei) gegenwärtig noch stärker auf die Landkreisebene als auf die Verbundebene ausgerichtet.

Im Jahr 2002 müssen verschiedene neue Elemente in die Versorgungsstrukturen eingefügt werden: Soziotherapie (in Baden-Württemberg als Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste), Institutsambulanzen (neu in Baden-Württemberg). Diese Notwendigkeit und die chronische stationäre Mangelversorgung gaben den Ausschlag für die Entscheidung, einen neuen »Psychiatrieplan 2002–7« zu erstellen.

## Der Psychiatrieplan – Die Ziele

Die Verbund-Entwicklung hat bis heute schon den psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen klare Verbesserungen gebracht. Daher soll die begonnene Weichenstellung verstärkt und die Versorgung noch stärker dezentral gestaltet werden.

Die im Landkreis Esslingen selbst gemachten Erfahrungen, aber auch die einiger, hinsichtlich Dezentralisierung, weiter entwickelter Regionen in der BRD – auch das Beispiel Frankreich – verweisen auf die zentrale Überlegung:

Es erscheint möglich, mit der im Landkreis geringen klinischen Ausstattung zurechtzukommen, *wenn* die ambulanten und tagesklinischen Hilfsstrukturen vorrangig ausgebaut und zusammen mit den Sektorstationen der Kliniken zu selbstständigen örtlichen Hilfesystemen weiterentwickelt werden. Der Gemeindepsychiatrische Verbund soll daher als selbstständiges, ambulant-tagesklinisch-klinisches Hilfesystem in jeder Region entwickelt werden.

Die Ausgangsfrage lautet also: Wie können wir in jeder Region den ambulanten Verbund, die Tagesklinik und die (Sektorstation der) Klinik zu einem selbstständigen Verbundsystem zusammenfügen?

Über die Verbund-Verträge zwischen den Trägern und dem Landkreis sind bereits folgende Ziele vereinbart:

- **Versorgungsverpflichtung:** Verpflichtung zur zeitgerechten und angemessenen Versorgung ausgehend von den individuellen Bedürfnissen der Nutzer
- **Funktionsbereiche aufbauen,** die personenzentrierte Hilfen im Sinne integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme (Komplexleistungen) erbringen
- **Leistungsspektrum weiterentwickeln** durch Qualitätsentwicklung
- **Bessere Bedarfsgerechtigkeit:** Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und die Ressourcen
- **Flexible Finanzierungslösungen** entwickeln

Von diesen Zielen ausgehend wurden für die Fortschreibung der Planung neu Prioritäten aufgestellt. Über diese und die daraus abgeleiteten Prioritäten wurde und wird mit allen Akteuren eine gemeinsame *Zielediskussion* geführt:

Jede Region mit 100.000 Einwohnern

- bietet alle Hilfen personenzentriert an,
- gibt ambulanten und teilstationären Hilfen den Vorrang vor stationären,
- sichert besonders den chronisch psychisch kranken Menschen eine gute Versorgung,
- ist mit allen erforderlichen nichtprofessionellen und professionellen, allen ambulanten teilstationären-stationären Hilfen ausgestattet und
- gestaltet das örtliche Hilfesystem weiter als Verbund und als selbstständiges Hilfesystem.

## Der Psychiatrieplan – Die Konzeption

Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischer Dienst werden miteinander verbunden. Mit dieser Weichenstellung wird der ambulante Teil des Verbunds zu einem »ambulanten Leistungsverbund« weiterentwickelt.

Der klinische und tagesklinische Teil der Versorgung sind nicht mehr nur additive Teile des Verbunds, sondern sind institutionell und personell verbunden mit dem ambulanten Leistungsverbund-Team

- über einen in jeder Region dezentral beim Sozialpsychiatrischen Dienst angesiedelten Teil der Institutsambulanz, beide zusammen bilden ein ambulantes Team;
- über die in jeder Region aufzubauende Tagesklinik, deren Angebot zumindest teilweise in den Verbund integriert ist (flexible Angebote für chronisch psychisch Kranke, niedrigschwelliger Zugang für sie und für Menschen in Krisensituationen) (vgl. Tabelle 1)

Die vollständige Ausstattung des regionalen Hilfesystems und die untereinander institutionell-personell-fachlich verknüpften Angebote/Teams werden im Psychiatrieplan exemplarisch für eine Region (Filder) beschrieben (siehe Abb. 1):

Drei Schwerpunktteams werden – unabhängig von der Anzahl der Dienste und Träger – gebildet: Je ein ambulantes, ein tagesklinisches und ein klinisches Team. Die Ressourcen werden zunehmend gemeinsam genutzt (beginnend mit Räumen, Sekretariat), personelle Verflechtungen gestalten die – gewünschten – Schnittstellen. Die schrittweisen Verknüpfungen ermöglichen fließende Über-

ESSLINGEN Ist – Soll	PLOCHINGEN Ist – Soll	KIRCHHEIM Ist – Soll	FILDER Ist – Soll	NÜRTINGEN Ist – Soll
Sozialpsych. Dienst				
Anteil Institutsambulanz				
Soziotherapie	Soziotherapie	Soziotherapie	Soziotherapie	Soziotherapie
Anteil Krisendienst				
Pflege	Pflege	Pflege	Pflege	Pflege
Betreutes Wohnen				
Tagesstätte	Tagesstätte	Tagesstätte	Tagesstätte	Tagesstätte
Integrationsfachdienst	Integrationsfachdienst	Integrationsfachdienst	Integrationsfachdienst	Integrationsfachdienst
Tagesklinik ES (30 P)	Tagesklinik Plo (18 P)	Tagesklinik KI (... P)	Tagesklinik FIL (32 P)	Tagesklinik Nü (25 P)
2 Sektorstationen (Plo)	1 Sektorstation (Plo)	2 Sektorstationen (Nü)	1 Sektorstation (Nü)	2 Sektorstationen (Nü)
Wohnheim	Wohnheim	Wohnheim	Wohnheim	Wohnheim

Tab. 1: Planungskonzept 2002-7: Weiterentwicklung der fünf Gemeindepsychiatrischen Verbünde

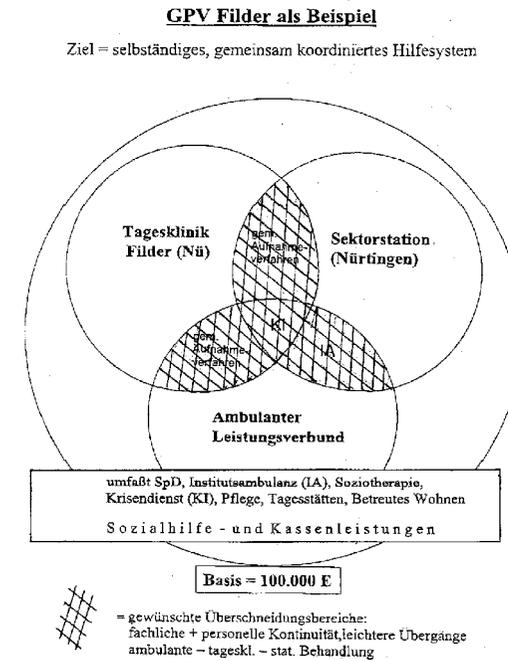


Abb. 1: GPV Filder als Beispiel

gänge, Durchbetreuungen, Hinarbeiten auf ein gemeinsames Aufnahme- und Verlegungsverfahren, auf gemeinsame grobe fachliche Standards, gemeinsame Fallkonferenzen, auf eine gemeinsame Behandlungs- und Rehabilitationsplanung.

Die vorhandenen Gremien sind für die gegenwärtigen Strukturen der Versorgung leistungsfähig, für die künftigen reichen sie nicht aus. Die geplante schrittweise Verflechtung der Versorgungsbereiche auf verschiedenen Ebenen verlangt daher auch weiterentwickelte Formen der Koordination/Leitung im Verbund, mit einer Verbindlichkeit, die über die gegenwärtigen vertraglichen Verpflichtungen weit hinausgeht. Wenn die bisher getrennten medizinischen und psychosozialen Teile der Versorgung zusammenrücken und mittelfristig als ein Hilfesystem fungieren wollen, werden sie eine gemein-

same Leitungsstruktur brauchen. Nur mit einer starken, mitentscheidenden Mitsprache der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, die heute schon in jedem Verbund mitwirken, ist dies möglich.

In Frankreich stehen je ein leitender Arzt und eine Pflegedienstleiterin an der Spitze jedes Verbunds (Sektors). Vielleicht können eines Tages bei uns Delegierte der verschiedenen Bereiche (zum Beispiel je ein Arzt, ein Sozialarbeiter, eine Pflegekraft zusammen mit den Nutzern) gemeinsam diese Funktion übernehmen?

### Literatur

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 116), Nomos, Baden-Baden 1999
2. KRUCKENBERG, P., KUNZE, H., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Rheinland-Verlag, Köln 1997
3. KAUDER, V., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«, 2. korr. und aktual. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998

### Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

- Prof. Dr. Josef ALDENHOFF, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian-Albrechts-Universität, Niemannsweg 147, 24105 Kiel
- Prof. Dr. Michaela AMERING, Universitätsklinik für Psychiatrie, Universität Wien, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
- Dr. Martin BÜHRIG, Oberarzt am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Züricher Straße 40, 28325 Bremen
- Artur DIETHELM, Ärztlicher Direktor der Klinik Bamberger Hof, Kelsterbacher Straße 14, 60528 Frankfurt/M.
- Dr. Hans DLABAL, Leitender Arzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd, Cappeler Straße 98, 35039 Marburg
- Prof. Dr. Jürgen FRITZE, Professor für Psychiatrie an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, Aternweg 65, 50259 Pulheim
- Helmut FRÖMMELE, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Landgraf-Philipp-Straße 9, 34308 Bad Emstal
- Gerhard HOLLER, Arbeitsbereich Versorgungsforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
- Dr. Andreas HORN, Chefarzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Alexianer-Krankenhaus, Oberdießemer Straße 136, 47805 Krefeld
- Uwe KLEIN, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialgerontologe, Klinik für Gerontopsychiatrie, Myslowitzer Straße 42, 12681 Berlin
- Prof. Dr. Norbert KONRAD, Freie Universität Berlin, Institut für forensische Psychiatrie, Chefarzt der psychiatrisch-neurologischen Abteilung, Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten, Limonenstraße 27, 12203 Berlin
- Regina KUCHARSKI, Vorstand des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrene, Karl-Marx-Straße 41, 65199 Wiesbaden
- Dr. Thomas KUHLMANN, Chefarzt der Psychosomatischen Klinik, Schlodderdicher Weg 23a, 51469 Bergisch Gladbach
- Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Landgraf-Philipp-Straße 9, 34308 Bad Emstal, stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Züricher Straße 40, 28325 Bremen, Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Dr. Gerhard LÄNGLE, Oberarzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Leiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen

- Dr. Peter NETZ, Oberarzt an der Abteilung Gerontopsychiatrie, Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hermann-Simon-Straße 7, 33334 Gütersloh
- Dr. Klaus NIßLE, Leiter der Abteilung Gerontopsychiatrie, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Kemnater Straße 16, 87600 Kaufbeuren
- Dr. Martin REKER, Zentrum für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Krankenanstalten Gilead, von Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld
- PD Dr. Thomas REKER, Leitender Arzt der Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30, 48147 Münster
- Dr. Dirk RICHTER, Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30, 48147 Münster
- Dr. Nahlah SAIMEH, Chefarztin der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Züricher Straße 40, 28325 Bremen
- Dr. Gabriele SCHLEUNING, Ärztliche Leiterin des Krisenzentrums Atriumhaus, Bavariastraße 11, 80336 München
- Gudrun SCHLIEBENER, Vorsitzende des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Otternbuschweg 21, 32051 Herford
- Regina SCHMIDT-ZADEL, Mitglied des Deutschen Bundestages, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Dr. Klaus-Theo SCHRÖDER, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Am Probsthof 78a, 53121 Bonn
- Dieter SOMMER, Stellvertretender Krankenpflagedirektor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Landgraf-Philipp-Straße 9, 34308 Bad Emstal
- Joachim SPEICHER, Gesamtleiter der Paritätisch psychiatrischen Dienste Mainz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landwehrweg 5, 55131 Mainz
- Dr. Christa WIDMAIER-BERTHOLD, Psychiatrie-Koordinatorin für den Landkreis Esslingen, Pulverwiesen 11, 73726 Esslingen, Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Stefan WÖHRMANN, Referatsleiter, Abteilung stationäre Einrichtungen, VdAK/AEV, Siegburg
- Dr. Dyk ZEDLICK, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kreiskrankenhaus »Rudolf Virchow«, Glauchau gGmbH, Virchowstraße 18, 08371 Glauchau, Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Veröffentlichungen und Informationstagungen  
der AKTION PSYCHISCH KRANKE

- Band 1**  
*vergriffen* »Gemeindenaher Psychiatrie«  
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete?«  
Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt  
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«  
Tagung am 2. und 3.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«  
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2**  
*vergriffen* »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«  
Tagung 7.10.1977 in Hamburg
- Band 3**  
*vergriffen* »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«  
Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«  
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4**  
*vergriffen* »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«  
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5**  
*vergriffen* »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«  
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.1.1980
- Band 6**  
*vergriffen* »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«  
Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover
- Band 7**  
*vergriffen* »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«  
Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- Sonderdruck  
vergriffen** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«  
Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn
- Band 8  
vergriffen** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«  
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9  
vergriffen** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«  
Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«  
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«  
Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn
- Band 12  
vergriffen** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«  
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13  
vergriffen** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«  
Tagung am 5. und 6.12.1984 in Bonn
- Band 14  
vergriffen** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«  
Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«  
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16  
vergriffen** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«  
Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn
- Band 17  
vergriffen** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«  
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18  
vergriffen** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«  
Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal
- Band 19  
vergriffen** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«  
Tagung am 29./30. und 1.12.1990 in Berlin
- nichtdokumentiert** Regionalkonferenzen über den Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg; im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt; im Land Sachsen am 21. und 22.11.1991 in Arnsdorf; im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg; im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20  
vergriffen** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«  
Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn
- Band 21  
vergriffen** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«  
Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn
- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«  
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ückermünde
- Sonderdruck  
vergriffen** »Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«  
Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn
- Band 22  
vergriffen** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«  
Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn
- Band 23  
vergriffen** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«  
Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn  
»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«  
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn  
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
- Band 24  
vergriffen** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«  
Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn  
Download als PDF-Datei: [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk)
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«  
Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn  
auch als PDF-Datei zum Download: [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk)
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«  
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

- Sonderdruck Bd. 27 1 + 2** »Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychriatriebudget und personenzentrierter Ansatz in Baden-Württemberg«  
Workshop am 22.07.1999  
»25 Jahre Psychiatrie-Enquete«  
Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 29 (voraussichtlich im November 2002)** »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«  
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:  
AKTION PSYCHISCH KRANKE  
Brungsgasse 4–6  
53117 Bonn  
Fax: 02 28 – 67 67 42

Texte der AKTION PSYCHISCH KRANKE zum Download unter [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk):

- Einschätzungen und Positionen der AKTION PSYCHISCH KRANKE zur »ersten Bilanz« am 8. Oktober 2001 im BMA zum SGB IX als PDF-Datei (247 KB)
- Stellungnahme SGB IX von Februar 2001 als PDF-Datei (130 KB)
- Stellungnahme zum Eckpunktepapier zum SGB IX vom 12.10.1999
- Stellungnahme zum SGB IX vom 12.07.1999
- Zwischenbericht »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung – Zwischenbericht zum 31. März 2002 als PDF-Datei (1,119 MB)

Internetseiten zu thematischen Aspekten der Tagung »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«

- Gerontopsychiatrie: [www.dggpp.de](http://www.dggpp.de)  
[www.dza.de/](http://www.dza.de/)  
[www.geroweb.de](http://www.geroweb.de)  
[www.kda.de](http://www.kda.de)
- Linkliste Krisendienste  
[www.neuhland.de/haupt/html/di\\_in\\_hd.htm](http://www.neuhland.de/haupt/html/di_in_hd.htm)

- Forensische Psychiatrie:  
[www.forensik.de](http://www.forensik.de)  
[www.uni-essen.de/forensik](http://www.uni-essen.de/forensik)
- Psychiatrische Kliniken  
[www.home.t-online.de/home/Christian.Laugwitz/psysimad.htm](http://www.home.t-online.de/home/Christian.Laugwitz/psysimad.htm)  
[www.kliniken.de](http://www.kliniken.de)
- Sucht  
[www.bmggesundheit.de/themen/drogen/drogen.htm](http://www.bmggesundheit.de/themen/drogen/drogen.htm)  
[www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de)  
[www.suchthilfe.de](http://www.suchthilfe.de)

## Ergänzende Literatur zum personenzentrierten Ansatz

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg). Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116/I und II. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1999  
Band 116/I: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«  
Band 116/II: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung
- GROMANN, P.: Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP mit einer Studie von Eva Herrmann-Woitas. Psychosoziale Arbeitshilfe 17. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001
- KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« und Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen. Psychosoziale Arbeitshilfe 11. 4 Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001

