



Der Mensch im Mittelpunkt.

Fortschritte in der Psychiatrischen Versorgung.

Dokumentation des Werkstattgesprächs am 19.04.2012

Der Mensch im Mittelpunkt.

Fortschritte in der Psychiatrischen Versorgung.

Dokumentation des Werkstattgesprächs am 19.04.2012

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon 0521 8007 0
Telefax 0521 8007 3200
www.lzg.gc.nrw.de
poststelle@lzg.gc.nrw.de

Redaktion

Dr. Katrin Appel, Medical Writer, Essen
Dr. med. Anke Diehl, LZG.NRW
Maja Hirth, LZG.NRW

Texterstellung

Dr. Katrin Appel, Medical Writer, Essen

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis

Titelbild: LZG.NRW
Foto: Luftbild Hans Blossey

Druck

LZG.NRW

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes
Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich
des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise,
nur unter Quellenangabe gestattet.

Bielefeld 2013

ISBN 978-3-88139-194-8

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Inhalt

Grußwort: Ministerin Barbara Steffens	7
Grußwort: PD Dr. Meinolf Noeker	9
Vorwort: Prof. Dr. Georg Juckel.....	11
1. Psychosoziale Versorgungsansätze – Evidenz und offene Fragen	15
Prof. Dr. Thomas Becker	
Einführung	15
S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen“ ..	16
Medizinische Leitlinien.....	16
Entwicklungsprozess und Erarbeitung der Evidenz	16
Ergebnisse und Empfehlungen	17
Wirksamkeit von Einzelinterventionen, Beispiel: Künstlerische Therapien.....	17
Wirksamkeit von Interventionen auf Systemebene.....	18
Diskussion und offene Fragen.....	19
Referenzen.....	20
2. Neue Ansätze in offenen und geschlossenen Stationen aus einer Erhebung in Nordrhein-Westfalen	21
Prof. Dr. Georg Juckel	
Hintergrund	21
Fragestellung und Zielsetzung.....	22
Datenbasis und Datenerhebung	22
Ergebnisse	24
Ebene A – Unterscheiden sich freiwillig und unfreiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten?	24
Ebene B – Analyse in Modellregionen	25
Ebene C / D – Welche Versorgungs-, Klinik- und soziodemografischen Merkmale kennzeichnen eine Region mit hohen beziehungsweise niedrigen Aufnahme- raten?	26
Ebene E – Prospektive Untersuchung des Behandlungsverlaufs von Patientinnen und Patienten unter PsychKG-Bedingungen	27
Ebene F – Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	28
Zusammenfassung und Empfehlungen	28
3. Quo vadis psychiatrische Behandlung und Versorgung aus der Sicht der Selbsthilfe	31
Wiebke Schubert	
Ambulante Therapieangebote	32
Hilfen für Angehörige	33
Integrierte Versorgung	33
Geschlossene Heime	34
Stationäre Versorgung.....	34
Zwang und Gewalt in der Psychiatrie.....	35
Fazit.....	36

4. Arbeitsgruppe I: Psychiatrische Versorgung und rechtliche Rahmenbedingungen	37
Einführung	37
Rechtliche Aspekte von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie	39
Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan	
Das Konzept der „offenen Psychiatrie“ am St. Marien-Hospital Eickel	41
Dr. Peter W. Nyhuis	
Zwangsbehandlungen aus Sicht der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten	43
Monika Konitzer	
Zusammenfassung und Ausblick der Arbeitsgruppe.....	43
5. Arbeitsgruppe II: Die Rolle des Gemeindepsychiatrischen Verbundes	45
Einführung	45
Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Bochum	47
Dr. Jörg Kalthoff	
Das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes – frühe Erfahrungen und aktuelle Probleme	49
Dr. Ulrich Thamer	
Die Rolle des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aus Sicht der Klinik	51
Prof. Dr. Klaus Windgassen	
Zusammenfassung und Ausblick der Arbeitsgruppe	52
6. Arbeitsgruppe III: Vom Kind zum Alter – Psychiatrische Versorgung über alle Lebenslagen ...	53
Einführung	53
Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie	55
Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann	
Entwicklungsstand im Bereich der Gerontopsychiatrie	56
Prof. Dr. Ralph Ihl	
Psychiatrische Versorgung aus Sicht der Betroffenen	57
Dietmar Geissler	
Zusammenfassung und Ausblick der Arbeitsgruppe.....	57
7. Perspektiven der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Der Mensch im Mittelpunkt	59
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel	
Einführung	59
Studie: „Disziplinen- und Sektoren-übergreifende Versorgungs-Analyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungs-Situation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“	60
Ergebnisse	60
Diagnose-bezogene Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen durch psychisch kranke Patientinnen und Patienten	60
Arbeitsunfähigkeit und Berentung aufgrund psychischer Erkrankungen	61
Zusammenfassung und Ausblick.....	61
Referenzen.....	63

Grußwort



**Barbara Steffens,
Ministerin für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter des
Landes Nordrhein-Westfalen**

Die Diskussion über Aufgaben und Gestaltung der psychiatrischen Versorgung war in Nordrhein-Westfalen nie Gegenstand parteipolitischer Kontroversen. Vielmehr handelt es sich um ein Thema, bei dem alle Beteiligten immer wieder versucht haben, an einem Strang zu ziehen und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Deshalb bin ich zuversichtlich, dass wir in Nordrhein-Westfalen notwendige Veränderungen in der psychiatrischen und in der psychotherapeutischen Versorgung sowie bei den niedrigschwelligen Angeboten gemeinsam erreichen können. Das Ziel ist klar: Es geht um die Schaffung einer bestmöglichen Psychiatrie, die den Menschen ein selbstbestimmtes Leben und Selbständigkeit frei von Gefährdungen ermöglicht. Wir müssen gemeinsam darüber nachdenken, wie wir dies auf den Weg bringen können und wie wir aus bestehenden Schwächen in der Versorgung gemeinsam Konsequenzen ziehen können – ohne damit wieder neue Fehler zu machen oder in der Psychiatrie andere Probleme für die Betroffenen oder für die Beschäftigten zu schaffen.

Wie ist die Ausgangslage? Die Zahl behandlungsbedürftiger psychisch kranker Menschen steigt seit Jahren kontinuierlich. Etwa jeder dritte Erwachsene erleidet einmal im Leben eine psychische Krankheit. Psychische Erkrankungen sind zunehmend Anlass für Krankschreibungen und Frühberentungen und verursachen mittlerweile die zweithöchsten Krankheitskosten. Zunahmen sind vor allem bei Angst- und depressiven sowie Substanz- und somatoformen Störungen zu verzeichnen.

Zweifelloos hat dies Konsequenzen für die Ausgestaltung der Versorgung. Grundsätzlich: Wir müssen den Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung viel stärker Rechnung tragen. Der Mensch ist immer Teil einer komplexen Lebenswirklichkeit. Darum müssen wir auch die Ursachen für die Zunahme psychischer Erkrankungen auf verschiedenen Ebenen suchen und angehen. Dazu gehören neben den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und dem individuellen Umfeld auch die Bedingungen in der Schule oder am Arbeitsplatz. Diese Rahmenbedingungen können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sondern müssen insgesamt in den Blick genommen werden, um zu nachhaltigen Lösungen zu kommen.

Dringend erforderlich ist auch dies: Wir müssen auf eine Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen und eine Enttabuisierung psychischer Krankheiten hinarbeiten. Es ist nicht akzeptabel, dass sie

in unserer Gesellschaft vielfach immer noch verdrängt oder bagatellisiert werden, nach dem Motto „dafür spricht man nicht“. Hier sind Aufklärung und ein offenerer Umgang mit psychischen Belastungen dringend geboten – und zwar möglichst frühzeitig.

Ein zentraler Ansatz ist die Stärkung präventiver Maßnahmen. Wir wissen heute, dass psychische Erkrankungen und Belastungen im Kinder- und Jugendalter sehr oft ein Leben lang nachwirken. Darum ist es notwendig, frühzeitig zu handeln. Um es klar und deutlich zu sagen: Prävention im Kinder- und Jugendbereich heißt für mich nicht Ritalinisierung in Grundschulen, die es gibt und über die wir nicht hinwegsehen dürfen. Unter Prävention verstehe ich vor allem die Bereitstellung einer ausreichend großen Zahl an passgenauen und niedrigschwelligen Angeboten. So müssen diese Angebote die jeweils spezifischen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen sowie unterschiedliche kulturelle Hintergründe berücksichtigen. Es geht also ganz zentral um die Schaffung geschlechtsspezifischer und kulturell sensibler Angebote, die die Lebenswirklichkeit und Bedarfslagen der Betroffenen wirklich treffen. Nur so gelingt es, die Versorgung im präventiven Bereich nachhaltig wirksam zu gestalten. Außerdem müssen wir mit unseren Präventionsangeboten die Gruppe der älteren Menschen künftig stärker in den Blick nehmen, denn auch die Zahl psychisch kranker alter Menschen wächst stetig. Auch hier kann Präventionsarbeit helfen, Schlimmeres zu verhindern, wobei es oft gesamtgesellschaftliche Fehlentwicklungen sind, die krank machen. Altersisolation etwa. Wir müssen also auch auf der gesellschaftlichen Handlungsebene ansetzen, Veränderungsprozesse auch hier anstoßen!

Wohnortnah, niedrigschwellig, geschlechtsspezifisch und kulturell sensibel – was für die Ausrichtung der Präventionsarbeit gilt, gilt im Wesentlichen auch für die Ausgestaltung der Angebote für Menschen in konkreten Bedarfslagen. Wir brauchen mehr offene, wohnortnahe, ambulante Angebote, die es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, weiter ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Realität sieht oft anders aus. In Nordrhein-Westfalen werden jedes Jahr rund 21.000 Menschen aufgrund einer Eigen- oder Fremdgefährdung gemäß des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) zwangseingewiesen. Das sind fast zehn Prozent aller Einweisungen! Immer wieder beklagen sich Betroffene im Verlauf der Maßnahme oder im Anschluss, dass diese Maßnahme nicht gerechtfertigt gewesen sei. Deswegen ist es wichtig, dass wir die Diskussion darüber führen: Sind solche Vorwürfe gerechtfertigt? Stimmt es, dass der Mangel an niedrigschwelligen, ambulanten Angeboten dazu führt, dass mehr stationäre Unterbringungen angewiesen werden? Wir müssen uns diesen Fragen stellen und gemeinsam Lösungen erarbeiten. Und dabei sollten wir die Kompetenzen und das Wissen der psychisch Erkrankten über sich und ihre Krankheit einbeziehen.

Gleiches gilt für den Problembereich Fixierung und Videoüberwachung. Mir ist klar, dass Kliniken, die von der Videoüberwachung Gebrauch gemacht haben, oft eine finanzielle Gratwanderung vollziehen müssen. Es sind nur einige Kliniken. Aber es geht hier um elementare Menschenrechte, deren konsequente Einhaltung keine Frage der Finanzierung ist und sein darf! Wir müssen gemeinsam diese Diskussion führen, und zwar nicht nur in der Psychiatrie, sondern in der gesamten Gesundheitsversorgung. Es gibt auch im Bereich der somatischen Versorgung massive Probleme und fragwürdige Eingrenzungen. Natürlich dürfen wir dabei nicht aus dem Blick verlieren, was machbar und was leistbar ist.

Ein letzter wichtiger Punkt ist die Frage des Umgangs miteinander, der Art und Weise, wie wir zu gemeinsamen Lösungen kommen. Ich wünsche mir, dass wir künftig das System dialogisch mit den Beteiligten optimieren. Ein solcher Dialog unter Einbeziehung der Betroffenen, der Professionen und der Angehörigen ist unerlässlich, um die Versorgung wirklich zu verbessern und nachhaltige Lösungen zu erarbeiten. Wir haben in Nordrhein-Westfalen viele Kompetenzen und verfügen über Erfahrung im gemeinsamen Diskurs. Ich setze auf eine Intensivierung des gemeinsamen Vorgehens und möchte alle Beteiligten um ihre Mitarbeit bitten.

Grußwort



PD Dr. Meinolf Noeker
Leiter Dezernat für Krankenhäuser
und Gesundheitswesen beim Landes-
verband Westfalen-Lippe (LWL),
Leiter des PsychiatrieVerbundes LWL

Für dieses Werkstattgespräch haben wir sehr heterogene Akteurinnen und Akteure für die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung gewinnen können. Wir benötigen Perspektiven aus Politik, Fachwelt und Betroffenen, um abgestimmte Fortschritte und Initiativen zu erzielen.

Wir brauchen für eine moderne Psychiatrieversorgung natürlich die Unterstützung der Politik, auf Bundes- ebenso wie auf Landtagsebene, bei den Landschaftsverbänden und in den Kommunen. Politik ist nicht nur dann relevant, um Planungen, konkrete Beschlüsse und finanzielle Mittel zu gewinnen. Vielmehr ist Politik als Vertretung der Bürgerschaft auch wichtig als Kommunikator und Anwalt in die Bevölkerung hinein.

Wir brauchen Kooperationsbereitschaft zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern aus Krankenversicherung, Rentenversicherung und Sozialhilfe; wir brauchen wissenschaftliche Expertise aus der Grundlagen-, der klinischen und der Versorgungsforschung. Nicht zuletzt brauchen wir die mahnenden, fordernden Stellungnahmen und Wünsche von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und der Selbsthilfe.

Die Initiative zu diesem Werkstattgespräch ging wesentlich auf ein Projekt des LWL-Forschungsinstitutes zurück, das von Herrn Professor Juckel geleitet wird. Das LWL-Forschungsinstitut untersucht ein weites Spektrum an thematischen Fragestellungen, von der neurobiologischen Grundlagenforschung bis hin zur Konzeptionierung und Evaluation von psychiatrischen Praxiskonzepten. Als ein besonderes Beispiel sei eine Studie zur stationären klinischen Behandlung von psychisch kranken Menschen in offenen versus geschlossenen Stationen in Nordrhein-Westfalen angeführt.

Ein wichtiger Schwerpunkt des Werkstattgesprächs lag in der Bestandsaufnahme und den Zukunftsperspektiven des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, dessen Wurzeln in den 80er und 90er Jahren liegen und der weiter entwickelt werden muss an veränderte Versorgungsbedarfe. Neben diagnosespezifischen beschäftigen uns immer stärker auch altersgruppenbezogene Spezifizierungen von Behandlungsprogrammen. Im Zuge des demografischen Wandels sind Schnittstellenprobleme zu lösen im Bereich soma-

tisch-geriatrischer beziehungsweise gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. Es muss letztlich internistisch-neurologisch-geriatrisch-gerontopsychiatrische Behandlungsangebote aus einem Guss geben. Hier sehen wir uns als LWL stark in der Verantwortung und suchen die Kooperation mit somatischen Kliniken.

Ich wünsche uns eine befruchtende Diskussion aus den unterschiedlichen Perspektiven und neue Impulse für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung!

Vorwort



Prof. Dr. Georg Juckel
Ärztlicher Direktor LWL-Universitäts-
KLINIKUM der Ruhr-Universität Bochum,
Vorsitzender des LWL-Forschungsinstituts
für Seelische Gesundheit

„Der Mensch im Mittelpunkt – Fortschritte der psychiatrischen Versorgung“ war Thema und Motto des Werkstattgesprächs, das am 19. April 2012 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin des LWL-Universitätsklinikums Bochum stattfand. Anlass dieser Veranstaltung war die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse des vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen beauftragten Gutachtens „Vergleichsuntersuchung der stationären klinischen Behandlung von psychisch kranken Menschen in offenen und geschlossenen Stationen in Nordrhein-Westfalen“, welches bezüglich der wichtigen Fragestellung „geschlossene vs. offene Psychiatrie“ umfängliche und differenzierte Ergebnisse zeigte. Intention des „Werkstattgesprächs“ war, die wesentlichen Aspekte und Empfehlungen des Gutachtens einzubinden in die größere Perspektive und Komplexität psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung von psychisch kranken Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW). Nordrhein-Westfalen verfügt über ein ausgesprochen differenziertes psychiatrisches Versorgungsangebot zum Wohle der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber die verschiedensten Aspekte der stationären, teilstationären, ambulanten und sogenannten komplementären Versorgung müssen immer wieder und weiter kritisch beleuchtet und neu bewertet werden.

Die Frage „offene vs. geschlossene Psychiatrie“ stellt in diesem Themenkomplex eine im Werkstattgespräch umfänglich erörterte und diskutierte Schnittstelle dar, die die Vielschichtigkeit der Versorgung psychisch Kranker, aber auch z. B. die Frage von Zwangsmaßnahmen und die Unterbringung in geschlossenen Stationen umfasst. Neben Plenarvorträgen lag das Hauptgewicht des „Werkstattgesprächs“ auf drei parallelen Arbeitsgruppen, in denen jeweils drei Experten mit Impulsreferaten die Diskussion einleiteten. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden anschließend präsentiert und im Abschlussvortrag zum Thema „Perspektiven der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ integriert. Teilgenommen haben Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik, der Gesundheitsämter, der Ärzteschaft, verschiedener in der Psychiatrie tätiger Berufsgruppen, Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe, unserer Kooperationspartner der Gutachtenserarbeitung sowie viele Weitere an diesem Thema Interessierte. Über das zahlreiche Erscheinen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben wir uns sehr gefreut.

Die Veranstaltung, initiiert, begleitet und gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, fand statt unter der Schirmherrschaft von Frau Gesundheitsministerin Barbara Steffens, deren anregende Grußworte ebenso wie die programmatische Einleitung durch Herrn PD Dr. Meinolf Noeker, Krankenhausdezernent des LWL, die inhaltliche Richtung des „Werkstattgesprächs“ vorgaben. Für diese freundliche Unterstützung möchte ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken.

Zudem gilt mein Dank meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Forschungsinstitut, speziell Frau Dr. Haußleiter als Wissenschaftliche Koordinatorin unseres Institutes, aber auch meinen Mitarbeiterinnen des Sekretariates für Forschung und Lehre sowie allen anderen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses für die inhaltliche wie organisatorische Arbeit der Vorbereitung des „Werkstattgesprächs“. Allen Referentinnen und Referenten der Plenarsitzung sowie der Arbeitsgruppen sei gedankt für ihre Bereitschaft, ihre Expertise bei den verschiedensten Aspekten der psychiatrischen Versorgung darzustellen und kritisch mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu diskutieren.

Zuletzt möchte ich meiner Hoffnung Ausdruck verleihen, dass unser „Werkstattgespräch“ sowie die hier vorliegende, aus der Veranstaltung hervorgehende Broschüre allen Interessierten sowie Mitwirkenden in der psychiatrischen Versorgung und speziell den Betroffenen und ihren Angehörigen in Nordrhein-Westfalen möglichst viele neue Erkenntnisse und Zusammenhänge eröffnet, so dass aus der Tagung und der Broschüre richtungsweisende Signale für eine bessere Versorgung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen hervorgehen mögen.

Referentinnen und Referenten

- ▶ Prof. Dr. Thomas Becker, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm / Bezirkskrankenhaus Günzburg
- ▶ Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Ärztlicher Direktor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, LVR-Klinikum Düsseldorf
- ▶ Prof. Dr. Ralf Ihl, Chefarzt, Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Maria-Hilf Krankenhaus Krefeld (Alexianer Krefeld GmbH)
- ▶ Prof. Dr. Georg Juckel, Ärztlicher Direktor, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin
- ▶ Dietmar Geissler, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) Selbsthilfe / Geschäftsstelle
- ▶ Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Ärztlicher Direktor, LWL-Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Hamm
- ▶ Dr. Jörg Kalthoff, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Gesundheitsamt Bochum
- ▶ Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
- ▶ Dr. Peter W. Nyhuis, Ärztlicher Direktor, St. Marienhospital Eickel, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Herne
- ▶ Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan, Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof (a. D.)
- ▶ Wiebke Schubert, Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker Nordrhein-Westfalen
- ▶ Dr. Ulrich Thamer, Herten (ehem. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe)
- ▶ Prof. Dr. Klaus Windgassen, Ärztlicher Direktor, Evangelische Stiftung Tannenhof, Remscheid

Abkürzungen

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BeWo	Betreutes Wohnen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BtG	Betreuungsgesetz
BtR	Betreuungsrecht
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
ICD-10	International Classification of Diseases (10. Revision)
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-PV	LWL PsychiatrieVerbund
NRW	Nordrhein-Westfalen
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen
SGB	Sozialgesetzbuch Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch
UBG	Unterbringungsgesetz

1. Psychosoziale Versorgungsansätze – Evidenz und offene Fragen



Prof. Dr. Thomas Becker

Einführung

In der multimodalen und umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen sind soziotherapeutische Interventionen ein integraler Bestandteil neben den somatischen Therapieverfahren und der Psychotherapie. Das Spektrum der breit gefächerten und heterogenen Angebote umfasst neben Querschnittsthemen (Milieuthérapie, Empowerment, Recovery, Selbsthilfe) sowohl Einzelinterventionen als auch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Ansätze. Therapeutisches Ziel ist, unter Miteinbezug des sozialen Umfelds die aktive Rolle der Patientin beziehungsweise des Patienten zu stärken und ihre beziehungsweise seine sozialen Interaktionen zu ändern, um die individuellen Möglichkeiten zu einem integrierten Leben zu verbessern. Selbstbefähigung und Handlungskompetenz sollen mehr im Mittelpunkt stehen als Defizite und Symptome.

Welche der vielfältigen psychosozialen Interventionsmöglichkeiten zum Erreichen dieser Ziele geeignet sind, ist eine Frage, für deren Beantwortung Leitlinien genutzt werden. Vorgestellt wird im Folgenden die Entwicklung der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet wurde (DGPPN 2012).

S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen“

Medizinische Leitlinien

Praxis- oder Behandlungsleitlinien haben zum Ziel, klinisch Tätige, Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen in ihren Entscheidungen über Diagnostik, Therapien oder andere Interventionen in spezifischen Situationen zu unterstützen. Sie dienen der Qualitätssicherung und Optimierung der Versorgungsqualität, unter Berücksichtigung der angemessenen Nutzung ökonomischer Ressourcen. In ihrer rechtlichen Verbindlichkeit stehen Leitlinien zwischen den Richtlinien, denen gefolgt werden muss, sowie den Empfehlungen, denen gefolgt werden kann. Leitlinienempfehlungen soll man befolgen, wenn keine Argumente dagegen stehen. Die Erstellung von Leitlinien durch die AWMF folgt einem 3-Stufen-Konzept, wobei mit Stufe 3 die qualitativ hochwertigste Entwicklungsstufe erreicht ist.

Leitlinien-Klassifikation der AWMF

S1 Leitlinie – erarbeitet von einer Expertengruppe im informellen Konsens.

S2 Leitlinie – formuliert nach formaler Konsensfindung (S2k) oder einer systematischen Evidenz (S2e).

S3 Leitlinie – strukturierte Konsensusfindung, enthält alle beziehungsweise alle zusätzlichen Elemente einer systematischen Entwicklung (Logik, Konsens, Evidenzbasierung, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse).

Entwicklungsprozess und Erarbeitung der Evidenz

Mit der hier vorgestellten evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (Stufe S3) wurde die wissenschaftliche Evidenz zu psychosozialen Therapien zusammengetragen und die entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen für die Praxis abgeleitet. Die Leitlinie ist demnach nicht, wie meist üblich, diagnosebezogen, sondern zielt auf ein bestimmtes Spektrum therapeutischer Interventionen. Das Besondere dieser Leitlinie ist die Zielpopulation: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen („severe mental illness“, SMI), deren Erkrankung sich seit mehr als zwei Jahren manifestiert hat. Diese Patientengruppe nimmt hinsichtlich der gesellschaftlichen Perspektive sowie der Inanspruchnahme und Ökonomie des psychiatrischen Versorgungssystems eine große Bedeutung ein. In der Menschenrechtsbetrachtung ist sie zentral. Durch die Schwere und Dauer der Erkrankung sind erhebliche Auswirkungen auf den Lebensalltag zu erwarten. Darüber hinaus handelt es sich um eine diagnostisch heterogene Gruppe, d. h. sie umfasst verschiedene Diagnosen des Faches Psychiatrie (psychotische Störungen, bipolar affektive Störungen, schwere Depressionen und Persönlichkeitsstörungen).

Eckdaten zum Entwicklungsprozess der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychiatrischen Erkrankungen“

- Start im März 2009,
- Projektteam: Thomas Becker (Ulm/Günzburg), Steffi Riedel-Heller (Leipzig), Stefan Weinmann (Berlin), Katrin Arnold (Günzburg), Esra-Sultan Ay (Günzburg), Uta Gühne (Leipzig),
- Beteiligung von 17 Expertinnen und Experten („Expertengruppe“) und 40 Mitgliedern von Organisationen beziehungsweise Verbänden (Anwender der Leitlinie, „Konsensusgruppe“),
- Federführende Fachgesellschaft/Auftraggeber: DGPPN,
- Supervision durch AWMF.

Die Basis einer Leitlinienentwicklung ist nach der Formulierung der Fragestellung – hier: „Welche psychosozialen Therapien sind bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen wirksam?“ – die Auswahl der vorhandenen Interventionen, für die eine systematische Evidenzrecherche unternommen werden soll. Für die Thematik der psychosozialen Therapien wurden sowohl aus dem Sektor der Einzelinterventionen, als auch für den Sektor der Interventionen auf Systemebene mehrere therapeutische Ansätze ausgewählt (siehe Tabelle).

Tabelle: Übersicht Psychosoziale Interventionen

Querschnittsthemen	<ul style="list-style-type: none"> • Milieuthherapie (z. B. therapeutische Gemeinschaften) • Selbsthilfe
Einzelinterventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Training sozialer Fertigkeiten • Ergotherapie • Künstlerische Therapien • Sport und Bewegung
Interventionen auf Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung • Case-Management • Arbeitsrehabilitation (supported employment) • Betreutes Wohnen

Die Datenbankrecherche identifizierte zunächst 181 Übersichtsartikel (Reviews) sowie 867 randomisierte kontrollierte Studien, wobei letztlich nach Ausschluss doppelter beziehungsweise irrelevanter Artikel und Referenzartikel vier Reviews hinsichtlich ihrer Aussagen über die wissenschaftliche Evidenz bestimmter psychosozialer Interventionen bei schweren psychischen Erkrankungen ausgewertet wurden.

Ergebnisse und Empfehlungen

Im Folgenden werden beispielhaft die Ergebnisse und abgeleiteten Empfehlungen sowohl für künstlerische Therapien als auch für Systeminterventionen präsentiert.

Wirksamkeit von Einzelinterventionen, Beispiel: Künstlerische Therapien

Als therapeutisches Angebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben künstlerische Therapien in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erfahren. Welche Evidenz gibt es für deren Wirksamkeit?

Im Ergebnis konnte in der Literatur ein klarer wissenschaftlicher Beleg für die Wirkung künstlerischer Therapieangebote gefunden werden. Besonders gute Evidenzen wurden für den Bereich der Negativsymptomatik festgestellt. Diese Symptome, wie z. B. Antriebsverlust und emotionale beziehungsweise soziale Rückzugsprobleme, sind bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr bedeutsam. Vereinzelt zeigte sich auch eine Evidenz für die Verbesserung des Allgemeinbefindens und der sozialen Funktionen, von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein durch künstlerische Therapieangebote. Der Aspekt „Behandlungszufriedenheit“ scheint dagegen durch solche Interventionen nicht beeinflusst zu werden. Diese Evidenzlage wurde gewürdigt und folgende Empfehlung erstellt:

Empfehlung (nach „Empfehlung 28“ aus: DGPPN 2012):**Künstlerische Therapien bei Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen**

Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen insbesondere zur Verbesserung von Negativsymptomen angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: 1b

(Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.)

Wirksamkeit von Interventionen auf Systemebene

Der Trend in den letzten Dekaden zu immer kürzeren Verweildauern stationärer Behandlung von psychisch kranken Menschen verläuft parallel zur Entwicklung und zum Ausbau gemeindepsychiatrischer Therapieangebote. Dabei gibt es mehrere Ansätze innerhalb einer solchen multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen teambasierten Behandlung:

- ▶ Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams = CMHT)
- ▶ Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung (Assertive Community Treatment = ACT)
- ▶ Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment).

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams kümmern sich um Patientinnen und Patienten in einem definierten Einzugsgebiet, wobei diese Behandlung überwiegend in den Ambulanzen und Büros der Einrichtungen und nicht direkt im sozialen Umfeld der Betroffenen stattfindet. Das Betreuungsteam übernimmt alle ärztlichen, pflegerischen sowie psychosozialen Behandlungsbausteine und betreut die Betroffene beziehungsweise den Betroffenen über längere Zeiträume in verschiedenen Krankheitsphasen.

Die aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung bezeichnet multidisziplinäre Behandlungsansätze, wie sie etwa aus einer psychiatrischen Institutsambulanz heraus erfolgen können. Das Team aus den verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Ärzteschaft, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pflegepersonal sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten) übernimmt gemeinsam Verantwortung für die Patientin beziehungsweise den Patienten und ist für alle Belange beziehungsweise die Erbringung medizinischer, psychosozialer und rehabilitativer Versorgung zuständig. Ein solches Team arbeitet in erster Linie aufsuchend, d. h. in Form von Hausbesuchen, wobei die Kontakte auch an neutralen Orten stattfinden können – jedenfalls aber außerhalb einer Institution. Das soziale Netz der Betroffenen / des Betroffenen ist miteinbezogen. Angestrebt ist eine ständige Verfügbarkeit (7 Tage/24 Stunden). Durch das ACT-Team wird auch während stationärer Episoden Kontakt zur Patientin / zum Patienten gehalten, mit dem Ziel der Langzeitunterstützung (siehe auch Wilms et al. 2012).

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment) bezeichnet mobile multiprofessionelle Kriseninterventionsteams, die die Patientin oder den Patienten in akuten psychotischen Krankheitsepisoden im häuslichen Umfeld behandeln. Ärztlich-psychiatrische Kompetenz ist integriert. Den zentralen und festen Baustein der Betreuung bilden die Hausbesuche. Auch hier ist eine Erreichbarkeit von bis zu 7 Tagen/24 Stunden angestrebt (und beispielsweise in den USA auch vorhanden, in Deutschland gibt es derzeit keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung). Mit dem sozialen Netzwerk der Patientin oder des Patienten besteht eine flexible Kommunikation. Ziel ist es, stationäre Behandlungen zu vermeiden (siehe auch Gühne et al. 2011).

Wirksamkeit von (primär) aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlung

Für diese Form der psychosozialen Intervention existiert eine große Anzahl europäischer Studien. Deren Analyse erbrachte bei beachtlich vielen Ergebniskriterien Evidenz für die Wirksamkeit. Hauptsächlich aus den USA und aus Großbritannien stammende Untersuchungen hatten zum Ergebnis, dass solche Versorgungsangebote zu einer Reduktion von stationären Aufnahmen und der stationären Behandlungsdauer führen und die Zahl der Therapieabbrüche reduzieren. Obdachlosigkeit konnte reduziert und die

Beschäftigungssituation verbessert werden. Zudem gab es Hinweise, dass die Behandlungszufriedenheit steigt.

Einen Einfluss auf die klinische Symptomatik durch die aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung zeigte sich indes nicht. Gleiches gilt für den Parameter Mortalität.

Wirksamkeit von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

Für Home Treatment-Angebote wurden ähnliche Evidenzen wie für die primär aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung gefunden (z. B. eine Verringerung stationärer Behandlungen, eine Reduzierung der Krankenhausverweildauer, weniger stationäre Wiederaufnahmen, weniger Therapieabbrüche) (Gühne et al. 2011). Darüber hinaus punktete diese Behandlungsform deutlich bei Indikatoren wie Patientenzufriedenheit und, soweit dies in vergleichenden Studien untersucht wurde, bei der Zufriedenheit der Angehörigen. Dies führte zu folgenden Empfehlungen:

Empfehlungen (nach den „Empfehlungen 4 - 9“ aus: DGPPN 2012): Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung bei Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen

1. Gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten Regionen soll zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: 1a
2. Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: 1a
3. Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: 1a
4. Ein aufsuchender Ansatz soll vor allem dann zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche drohen.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: 1a
5. Insbesondere soll die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: 1a
6. Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: 1a

Diskussion und offene Fragen

Gemeindepsychiatrische Angebote wurden durch das Leitliniengremium allgemein hoch bewertet. Es wurden gute Evidenzen für ihre Wirksamkeit ermittelt, wobei sie in Bezug auf die Reduktion der Symptome nicht überlegen waren. Dagegen zeigten künstlerische Therapieangebote zudem einen Effekt in Bezug auf die Negativsymptomatik. Deutlich wurde, dass solche Behandlungsangebote aus dem Versorgungssystem für schwer psychisch kranke Menschen wichtig sind.

Dabei ergeben sich trotz der sehr guten Evidenzgrundlage offene Fragen durch neuere Studien. Interessanterweise zeigen solche beispielsweise weniger deutliche Vorteile der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung (ACT) im Vergleich zur Standardbehandlung. Wie sich diese geringeren Effekte erklären lassen, bleibt offen. Ein Ansatzpunkt ist eine möglicherweise mangelnde Manualtreue, d. h. die Umsetzung in der Praxisrealität ist in neueren Studien zu „schlecht“. Zudem ist denkbar, dass durch die bereits erreichte Reduktion stationärer Behandlungen inzwischen kein so großer Effekt mehr durch die Intervention zu erreichen ist. Gemeindepsychiatrie wird dort viel erreichen, wo Betroffene bislang stationäre Angebote ausgedehnt nutzten und die Hospitalisierungsrate entsprechend hoch lag.

Darüberhinaus zeigt der Vergleich zwischen Studien aus Europa und den USA für den europäischen Raum eine geringere Effektstärke von Home Treatment-Angeboten. Als Erklärung dienen könnte das in Europa zumeist dichtere Netz der Gemeindepsychiatrie, d. h.: Die Intervention trifft hier auf sehr unterschiedliche Voraussetzungen. Die Verbesserung fällt dort ausgeprägter aus, wo die Strukturen der gemeindepsychiatrischen Arbeit weniger etabliert sind (Burns et al. 2002).

Qualitätsverbesserung durch Leitlinien?

Wie tragen Leitlinien zur Verbesserung des Versorgungssystems bei? In Bezug auf die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen gibt es neben der berichteten, guten Evidenzlage für ausgewählte Therapien viele Bereiche mit ungesicherter Datenlage. Zur Wirkung und praktischen Umsetzung gemeindepsychiatrischer Arbeit ist noch viel Forschungsarbeit zu leisten, da die konkreten Wirkfaktoren bei den einzelnen Interventionen und Modellen noch nicht vollständig geklärt sind.

Leitlinien können ihre Wirkung nur entfalten, wenn sie konsequent in die Versorgungsrealität umgesetzt werden, d. h. der Weg von den Studien zur Anwendung geht. In diesem systematischen Prozess ergeben sich große Herausforderungen für das Feld der psychiatrischen Versorgungsforschung. Vorhandene strukturelle und personelle Gegebenheiten und Möglichkeiten sind zu prüfen, auch unter Berücksichtigung der Akzeptanz von Versorgungsansätzen und verfügbarer Ressourcen.

Beeinflusst wird die Implementierung von Leitlinien in die Praxis letztendlich aber maßgeblich durch die Steuerungswirkungen des Versorgungssystems. Für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen erscheint eine moderate Umsteuerung im System angebracht, um gemeindepsychiatrische Arbeit und Kliniken zusammenzubringen. Kliniken sollten sich Partner suchen bei den komplementären Leistungsanbietern. Ziel ist ein integriertes Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Danksagung

Dank für die Zusammenarbeit in dem Projekt gilt Frau Prof. Dr. Riedel-Heller MPH, Herrn Dr. Dr. Stefan Weinmann, Frau Katrin Arnold M. A., Frau Esra-Sultan Ay und Frau Dr. Uta Gühne.

Referenzen

Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Henderson J. International differences in home treatment for mental health problems. Results of a systematic review. *British Journal of Psychiatry* (2002) 181:375-382.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Springer Verlag GmbH, Heidelberg (2012).

Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Atav ES, Becker T, Riedel-Heller S. Home treatment: systematic review and implementation in Germany. *Psychiatrische Praxis* (2011) 38(3):114-122.

Wilms B, Becker T, Lambert M, Deister A. Modelle für eine zukunftsfähige psychiatrische Versorgung. *Die Psychiatrie* (2012) 9:4-13.

2. Neue Ansätze in offenen und geschlossenen Stationen aus einer Erhebung in Nordrhein-Westfalen



Prof. Dr. Georg Juckel

Hintergrund

Der bundesweite Trend einer zunehmenden Zahl unfreiwilliger Aufnahmen von psychisch Kranken in psychiatrischen Krankenhäusern zeigt sich auch in Nordrhein-Westfalen. Interessanterweise bestehen dabei große regionale Unterschiede bezüglich der Unterbringungsraten.

Die Gründe für diese gebietsweisen Unterschiede sind bislang nicht geklärt, zumal eine zwangsweise Unterbringung durch das Zusammenspiel zahlreicher, auch patientenunabhängiger Faktoren zustande kommt (d. h. nicht mit der Diagnose oder Schwere der Erkrankung assoziiert). Um geeignete Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen treffen zu können, ist die Identifizierung der einflussnehmenden Faktoren essenziell. Die regionalen Unterschiede der Unterbringungshäufigkeit lassen vermuten, dass Versorgungsstruktur und -realität einer Region eine Rolle spielen. Zudem können aber auch grundlegende, möglicherweise differenzielle Entwicklungen in der Allgemein-, der Sucht- sowie der Gerontopsychiatrie vorhanden sein.

In diesem komplexen Bedingungsgefüge muss als wichtiger Faktor auch die Art der Behandlung in den stationären Einrichtungen bedacht werden, d. h. ob die Therapie auf offenen oder geschlossenen Stationen erfolgt. In der Praxis bedeutet diese Differenzierung zunächst Unterschiede von infrastrukturellen Merkmalen, personeller Ausstattung und Behandlungskonzepten. Sie kann sich aber auch – in der Anwendung gesetzlicher Regelungen wie dem PsychKG und BtG – grundlegend auf die Versorgung psychisch kranker Menschen der entsprechenden Region auswirken.

Das hier mit einigen seiner Hauptbefunden vorgestellte Gutachten des LWL-Forschungsinstituts für Seelische Gesundheit „Vergleichsuntersuchung der stationären klinischen Behandlung von psychisch kranken Menschen in offenen und geschlossenen Stationen in Nordrhein-Westfalen“ sollte Faktoren identifizieren, die im Kontext der Unterbringung nach PsychKG eine Rolle spielen. Der Fokus lag hierbei auf dem Einfluss der Behandlungsart auf die Häufigkeit unfreiwilliger Unterbringungen.

Fragestellung und Zielsetzung

Für die Situation in Nordrhein-Westfalen wurden anhand repräsentativer Stichproben soziodemografische Charakteristika, Diagnosen und Verweildauern von Patientinnen und Patienten sowie Merkmale von Kliniken und komplementären Strukturen erfasst. Vor dem Hintergrund der politischen Diskussion um Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sollten Eckpunkte für praxisorientierte Ansätze und zukünftige Handlungsanleitungen gewonnen werden.

Zentrale Fragen des Gutachtens

- Unterscheiden sich freiwillig und unfreiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten?
- Haben aufnehmende Stationen oder Therapiekonzepte einen Einfluss?
- Unterscheiden sich Kliniken mit explizit geschlossenen vs. offenen Stationen?
- Spielt der demografische Wandel eine Rolle?
- Unterscheiden sich
 - Fachkrankenhäuser von Abteilungspsychiatrien,
 - Die psychiatrische Versorgungssituation,
 - Anzahl und Art der Unterbringung,
 - Fixierhäufigkeit und Medikationsverhalten,
 - Sucht- von Allgemein- oder Gerontopsychiatrie,
 - Erwachsenen- und Kinder-Jugend-Psychiatrie,
 - Trägerstrukturmerkmale,
 - Städtische und ländliche Regionen ,
 - Nordrhein von Westfalen-Lippe.

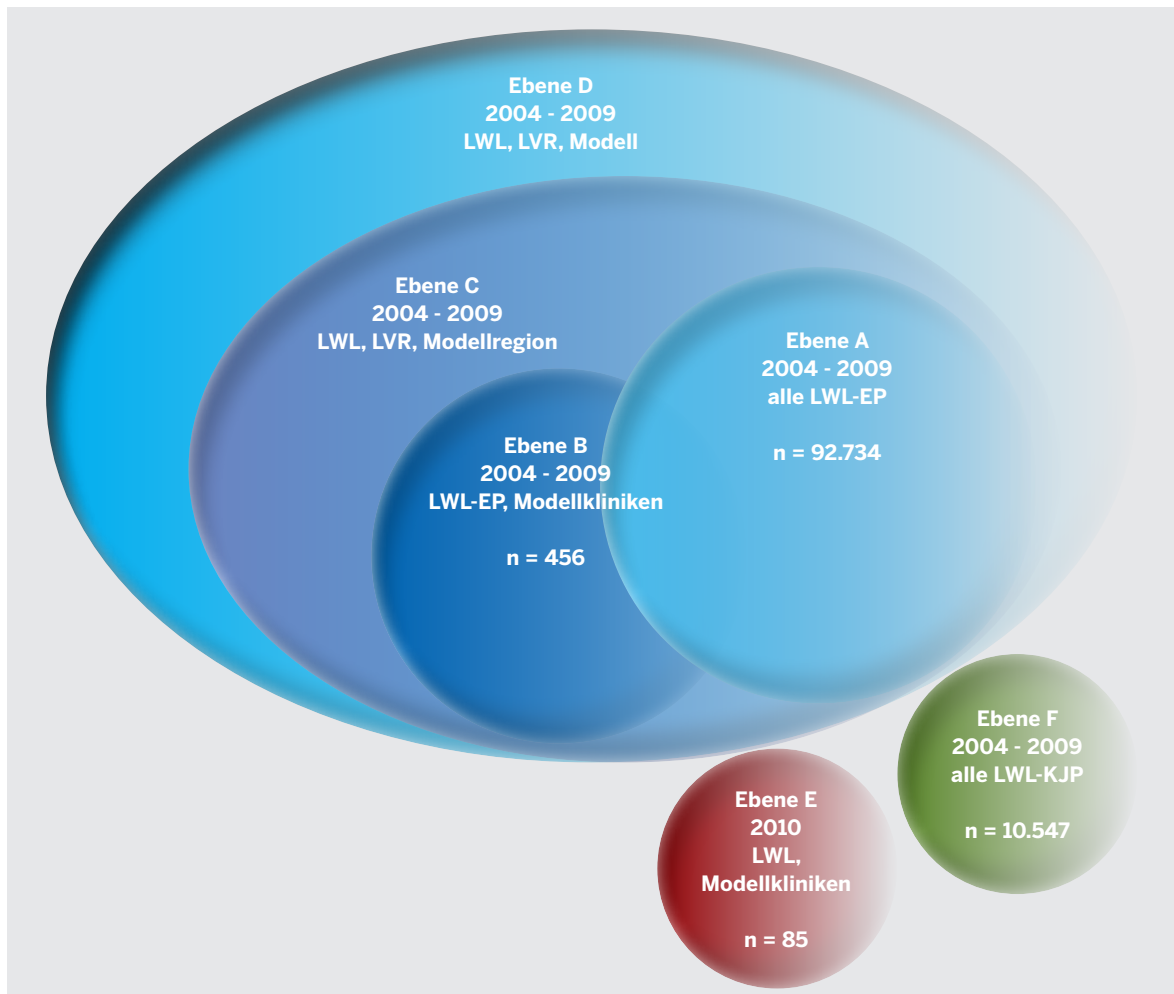
Zusatzuntersuchungen

- Welche Faktoren beeinflussen Aufnahme und Behandlung unfreiwilliger Patientinnen und Patienten?
- Wie werden Zwangsmaßnahmen erlebt?
- Unterscheiden sich freiwillig und unfreiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Datenbasis und Datenerhebung

Alle 13 Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes (LWL-PV) stellten ihre digitalen Aufnahme- und Behandlungsdaten als Basis zur Verfügung. Für die Modellregionen wurden vertiefende Daten einzelner LWL-Kliniken (Böschung, Lippstadt/Warstein) sowie kooperierender Einrichtungen (Herne-Eickel, Telgte, Wattenscheid) verwendet. Für die meisten LWL-Kliniken liegen detaillierte Angaben zu Zwangsmaßnahmen vor, da in Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden differenzierte Statistiken geführt werden. Regional wurden Daten der Sozialpsychiatrischen Dienste erhoben und soziodemografische Merkmale erfasst. Zur detaillierten Auswertung des umfangreichen Datenmaterials wurden sechs Analyseebenen (A – F) gebildet (siehe Abbildung).

Abbildung: Analyse-Ebenen A - F (n = Patientenzahl)



Ebene A – Untersuchung aller stationär behandelten Patientinnen und Patienten des LWL-PV:

Der Hauptdatensatz umfasste die sogenannten Basisdaten des LWL-PV (LWL.IT Münster) bezüglich aller zwischen 2004 bis 2009 aufgenommenen Patientinnen und Patienten der Erwachsenen-Psychiatrie.

Ebene B – Retrospektive Datenerhebung in den Modellkliniken:

Mittels einer entwickelten 47-item-Checkliste wurden detailliertere Informationen erhoben. In den fünf Modellkliniken (LWL-Universitätsklinik Bochum, LWL-Klinik Warstein, Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid, St. Rochus-Hospital Telgte, St. Marien-Hospital Herne-Eickel) wurden randomisiert Patientinnen und Patienten ermittelt, die zwischen 2004 und 2009 nach PsychKG untergebracht waren. Als Kontrollen wurden freiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten gleichen Alters und gleicher Diagnose zugeordnet.

Ebene C – Befragung von Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten im Bereich von LWL, LVR und in Modellregionen:

Anhand von zwei entwickelten Erfassungsbögen (Klinik beziehungsweise SpD) wurden Strukturen und Merkmale der regionalen Versorgung in Nordrhein-Westfalen erfasst (z. B. Aufnahmeprozedere, Behandlungspraxis offen oder geschlossen, Handhabung von BtG und PsychKG, Vorhandensein und Arbeit komplementärer Strukturen etc.).

Ebene D – Soziodemografie und Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen:

Öffentlich zugängliche Statistiken (z. B. Landesdatenbank NRW (IT.NRW), Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundesärztekammer, kommunale Veröffentlichungen) dienten als Datenquellen zur soziodemografischen und strukturellen Charakterisierung der untersuchten Regionen.

Ebene E – Prospektive Untersuchung des Behandlungsverlaufs von Patientinnen und Patienten unter PsychKG-Bedingungen:

Aufnahme und Therapieverlauf wurden bei nach PsychKG untergebrachten Patientinnen und Patienten prospektiv untersucht (teilnehmende Kliniken: LWL-Universitätsklinik Bochum, LWL-Universitätsklinik Warstein, St. Marien-Hospital Herne-Eickel), wobei die Betroffenen anhand strukturierter Interviews über ihre Empfindungen bei den Zwangsmaßnahmen befragt wurden.

Ebene F – Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Für diesen Datensatz wurden alle Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen des LWL-PV erfasst, wobei analog zu Ebene A freiwillig und unfreiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten verglichen wurden.

Ergebnisse

Ebene A – Unterscheiden sich freiwillig und unfreiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten?

Die Datenbank identifizierte von insgesamt rund 230.000 stationär behandelten Fällen etwa 17.000 Unterbringungen nach PsychKG. Dieser Stichprobe wurden alle Fälle freiwilliger Behandlung gegenübergestellt, wobei verschiedene personen-, krankheits-, behandlungs- und unterbringungsbezogene Variablen verglichen wurden. Während 2004 im LWL-PV insgesamt 2.538 Aufnahmen nach PsychKG erfolgten, waren dies 2009 bereits 3.049 Aufnahmen nach PsychKG bei gleichbleibenden Gesamtaufnahmezahlen. Dies entspricht einem Anstieg um 20 %. Insbesondere 2005 nahmen Unterbringungen stark zu, so wurden hier 389 mehr PsychKG-Aufnahmen vorgenommen als im Vorjahr.

Vergleich der Personendaten

- Die beiden Gruppen unterschieden sich signifikant in den Merkmalen Alter und Familienstand: So waren die untergebrachten Patientinnen und Patienten insgesamt älter (und im höheren Alter eher weiblich) und häufiger verheiratet.

Vergleich der Behandlungsdaten

- Aufnahmen im Bereitschaftsdienst erfolgten mehr als doppelt so oft nach PsychKG.
- Freiwillige Aufnahmen erfolgten dreimal so häufig im Regeldienst (75 % vs. 25 %).
- Freiwillige Aufnahmen wurden meistens durch die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt veranlasst (46 %), wohingegen PsychKG-Aufnahmen größtenteils ohne Einweisung direkt durch die diensthabende Ärztin beziehungsweise den diensthabenden Arzt eingeleitet wurden (34 %).
- Freiwillige Patientinnen und Patienten wurden zumeist im Suchtbereich (41 %), unfreiwillige Patientinnen und Patienten vorwiegend allgemeinpsychiatrisch (48 %) aufgenommen. Der gerontopsychiatrische Fachbereich war bei freiwillig aufgenommenen Patientinnen und Patienten seltener involviert (12 % vs. 21 %).
- Bezüglich des Aufnahmemonats unterschieden sich die Gruppen signifikant. Unterbringungen erfolgten verstärkt in den Sommermonaten und somit in der Urlaubszeit.

Vergleich der Krankheitsdaten

- Die beiden Gruppen unterschieden sich signifikant im Merkmal „Hauptdiagnose“.
- Die nach PsychKG untergebrachten Patientinnen und Patienten litten zumeist an psychotischen Störungen (ICD-10: F2) (31 % vs. 15 % bei freiwillig Behandelten), während in der freiwilligen Gruppe Suchterkrankungen (ICD-10: F1) vorherrschend waren (37 % vs. 23 %).
- Organisch bedingte Störungen (ICD-10: F0) traten bei den PsychKG-Patientinnen beziehungsweise -Patienten häufiger auf (16 % vs. 5 %).
- In beiden Gruppen hatte etwa jede zehnte Patientin beziehungsweise jeder zehnte Patient somatische Begleiterkrankungen.

Verweildauer und Voraufenthalte

- ▶ PsychKG-Patientinnen beziehungsweise -Patienten wurden durchschnittlich 2,23 Tage länger behandelt, der Median beider Gruppen unterschied sich nicht (jeweils 15 Tage).
- ▶ Bei rund einem Drittel der Unterbringungen handelte es sich um die erste stationäre Behandlung überhaupt.

Ebene B – Analyse in Modellregionen

Aus den Aufnahmen von 2004 bis 2009 wurden von den fünf teilnehmenden Kliniken 456 Patientinnen und Patienten (243 PsychKG-, 213 freiwillige Aufnahmen) als „matched pairs“ nach Alter, Diagnose, Geschlecht, Aufnahmemonat und -jahr nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Anschließend wurden die Patientenakten manuell ausgewertet und beide Gruppen verglichen.

Zusammenfassung der Gruppenunterschiede

Im Gruppenvergleich freiwillig und unfreiwillig ergaben sich für einige Merkmale (hoch)signifikante Unterschiede (Übersicht Tabelle). Häufig zeigte sich ein ähnliches Bild wie in der Auswertung der Daten des LWL-PV (Ebene A). Darüberhinaus wurden weitere wichtige Gruppenunterschiede festgestellt, z. B. bezüglich der medikamentösen Therapie. Im Vergleich zu freiwillig aufgenommenen erhielten unfreiwillig behandelte Patientinnen und Patienten

- ▶ Häufig mehr Medikamente,
- ▶ Seltener eine Monotherapie (21 % vs. 34 %),
- ▶ Häufiger typische Antipsychotika (40 % vs. 29 %),
- ▶ Häufiger additiv Benzodiazepine (53 % vs. 27 %).

Tabelle: Gruppenvergleich freiwillig vs. unfreiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten

Merkmal	nicht signifikant	signifikant	hoch signifikant
Familienstand	x		
Nationalität		x	
Wohnsituation (räumlich)		x	
Wohnsituation (sozial)			x
Ausbildung, Beruf	x		
Erkrankungsdauer			x
Voraufenthalte			x
Komorbidität	x		
Komorbide Sucht			x
Komorbide Persönlichkeitsstörung	x		
Gesetzliche Betreuung		x	
Dauer der Betreuung			x
Betreutes Wohnen			x
Sozialpsychiatrischer Dienst			x
Einweisende Instanz			x
Aufnahmetag			x
Aufnahmezeit			x
Verweildauer	x		
Diagnosespezifische Medikation			x
Kombinationsmedikation		x	

Zusammenfassend zeigen die Daten, dass es offenbar ein Gefüge von Faktoren gibt, die das Risiko für einen psychisch kranken Menschen, gegen seinen Willen untergebracht zu werden, verstärken oder vermindern können.

Risiko- und Schutzfaktoren einer Unterbringung nach PsychKG

- Eine unfreiwillige Unterbringung ist häufig mit bestimmten Merkmalen der Aufnahme assoziiert, die demzufolge ein erhöhtes Risiko bedeuten: Hierzu zählen eine Aufnahme während des Bereitschaftsdienstes (abends, am Wochenende), eine Aufnahme als Notfall durch die diensthabende Ärztin beziehungsweise den diensthabenden Arzt, Amtshilfe bei der Aufnahme sowie die Hinzuziehung des SpD in Akutsituationen: Dies deckt sich mit der klinischen Erfahrung, dass gerade akute Fälle mit Gefährdungspotenzial häufig nicht während der Regeldienstzeit vorgestellt werden.
- Waren Patientinnen und Patienten weniger als ein Jahr erkrankt, bedeutete dies ein signifikant erhöhtes Risiko für eine Unterbringung – möglicherweise ein Hinweis darauf, dass die psychiatrische Erkrankung erstmals krisenhaft exazerbierte, was mangels Erfahrung mit diesem Zustand und den zu treffenden Maßnahmen die Unterbringung nach sich zog. Zudem: Für unfreiwillig untergebrachte Patientinnen und Patienten handelte es sich häufig um die erste stationäre Aufnahme überhaupt.
- Krankheitsbezogene Faktoren wie eine komorbide Sucht (aber nicht: komorbide Persönlichkeitsstörung) führten häufiger zu einer Unterbringung, ebenso Eigen- und Fremdgefährdungsaspekte in der Vergangenheit.
- Obdachlosigkeit ging häufiger mit einer Unterbringung einher.
- Schutzfaktoren vor einer Unterbringung liegen im sozialen Gefüge und in der sozialen Absicherung (Wohnung, Arbeit), in einer engen Anbindung an den SpD und weitere Hilfsstrukturen sowie in einer fachärztlichen Versorgung.

Im Detail wurden teilweise auch überraschende Zusammenhänge registriert, z. B.

- Unfreiwillig aufgenommene Menschen lebten häufiger mit ihren Eltern oder ihren Partnerinnen beziehungsweise Partnern/Kindern zusammen. Dieser Umstand sollte eher ein schützendes Merkmal sein. Denkbar ist, dass Patientinnen und Patienten ohne unmittelbare Nähe zu ihren Angehörigen möglicherweise den Kontakt zur Klinik niederschwelliger aufnehmen und so frühzeitig die Empfehlung einer stationären Behandlung auf freiwilliger Basis erhalten.
- Es fällt auf, dass in der Freiwilligen-Stichprobe deutlich mehr Patientinnen und Patienten in einem Wohnheim oder einem Pflegezentrum leben, während der Anteil wohnungsloser Patientinnen und Patienten bei den Unfreiwilligen höher ist.

Ebene C / D – Welche Versorgungs-, Klinik- und soziodemografischen Merkmale kennzeichnen eine Region mit hohen beziehungsweise niedrigen Aufnahmearten?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden in erster Linie die Informationen aus den Fragebögen für Kliniken und Sozialpsychiatrische Dienste herangezogen (Index-Jahr: 2009), ergänzt um allgemeine soziodemografische Daten der jeweiligen Region.

PsychKG-Quotient im LWL-Verbund

Im LWL-Verbund wurden im Index-Jahr anhand des Quotienten der Unterbringungszahlen an den Gesamtaufnahmen acht Kliniken mit eher niedriger Unterbringungsrate (PsychKG-Quotient 0,00 – 0,05) von sechs Kliniken mit eher hoher Aufnahmearten (PsychKG-Quotient 0,06 – 0,15) unterschieden. Darüber hinaus wurden die Daten von acht SpD analysiert (mit zehn zugeordneten Kliniken, wobei die Versorgungsbereiche nicht immer übereinstimmen). Vier der acht SpD-versorgten Regionen hatten einen hohen PsychKG-Quotienten, vier weitere einen niedrigen.

Kennzeichen von Kliniken im Zusammenhang mit dem PsychKG-Quotienten

- Die Höhe des PsychKG-Quotienten war unabhängig davon, ob eine Aufnahmeartenstation vorhanden war.

- ▶ Der Anteil geschlossener Stationen (beziehungsweise auch fakultativ geschlossener Stationen) an einer Klinik war in Kliniken mit hohem und niedrigem PsychKG-Quotienten vergleichbar.
- ▶ Kliniken mit hohem oder niedrigem PsychKG-Quotienten unterschieden sich nicht in ihrer therapeutischen Ausrichtung (verhaltenstherapeutisch vs. tiefenpsychologisch plus verhaltenstherapeutisch).
- ▶ Kliniken mit einem niedrigen PsychKG-Quotienten gaben an, gemeindenah ausgerichtet zu sein.
- ▶ Die Höhe des Versorgungsauftrags und die Bettenzahl standen in keinem Zusammenhang zum PsychKG-Quotienten.
- ▶ Das Beispiel Herne mit einer seit Jahren etablierten „offenen Psychiatrie“ zeigt jedoch, dass Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen u. ä. durch z. B. eine andere Personalorganisation oder diagnostisch heterogenes Stationssetting minimiert werden können.

Kennzeichen der SpD-Regionen mit hohem vs. niedrigem PsychKG-Quotienten

- ▶ In der Summe der ambulanten psychosozialen Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen, Werkstätten für psychisch Kranke) unterschieden sich Regionen mit hohem PsychKG nicht wesentlich von solchen mit niedrigem PsychKG-Quotienten.
- ▶ Mehr Kriseninterventionsmittel (Hausbesuche, engmaschige Kontakte, niederschwellige Kontaktangebote) sowie die Summe der Angebote des SpD für Patientinnen und Patienten waren mit niedrigeren PsychKG-Quotienten assoziiert, erklären aber insgesamt nicht die Quotendifferenz.
- ▶ Eine geringere Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten einer Region und ein hoher Personalschlüssel führten nicht zwingend zu einem niedrigen PsychKG-Quotienten.

Korrelation soziodemografischer und klinischer Daten

- ▶ Es zeigten sich deutlich positive Zusammenhänge zwischen einer hohen Einwohnerzahl, einem hohen Ausländeranteil und einer hohen Arbeitslosenquote mit der Rate unfreiwilliger Unterbringungen.
- ▶ Ein höherer Ausländeranteil und eine höhere Arbeitslosenquote in einer Region waren mit einer geringeren durchschnittlichen Verweildauer von Patientinnen und Patienten in der Klinik assoziiert.
- ▶ „Ländliche“ vs. „städtische“ Merkmale einer Region hatten keinen Einfluss auf die PsychKG-Quote.

PsychKG-Quotient im LVR-Verbund

Die analog zum LWL durchgeführte Erhebung und Analyse der Daten im LVR zeichnete ein z. T. komplexeres Bild sowohl bezüglich der Gruppenunterschiede zwischen freiwillig und unfreiwillig aufgenommenen Patientinnen und Patienten, als auch bezüglich der Klinik-Merkmale im Zusammenhang mit der Unterbringungsrate nach PsychKG. Aufgrund sehr unterschiedlicher Strukturen ist ein direkter Vergleich der Kliniken miteinander sowie untereinander nur bedingt möglich, da in formal „geschlossenen“ Abteilungen häufig viele freiwillige Aufnahmen zu verzeichnen waren beziehungsweise auch umgekehrt. Dennoch ergaben sich letztendlich ähnliche Ergebnisse analog zum LWL (s. u. Zusammenfassung und Empfehlungen).

Ebene E – Prospektive Untersuchung des Behandlungsverlaufs von Patientinnen und Patienten unter PsychKG-Bedingungen

In Ergänzung zu den retrospektiven Untersuchungen wurden im prospektiven Studienteil die Charakteristika von Aufnahme und Behandlungsverlauf von 85 Patientinnen und Patienten unter PsychKG-Bedingungen wiederholt detailliert befragt (55 Männer, 65 % suchtkrank oder schizophren (zu gleichen Anteilen)). Während der Erstfragebogen auch die soziodemografischen Daten der einzelnen Patientin / des einzelnen Patienten erfasste, lag der Fokus des Verlaufsfragebogens auf Behandlungsinhalten und Patientenverhalten. Dies bezog sich nicht nur auf die Unterbringung an sich, sondern auch auf weitere Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikation bei 8,2 % der Patientinnen und Patienten, Fixierungen bei 12,5 % der Patientinnen und Patienten).

81 % der Befragten zeigten bei Aufnahme keine Einsicht in ihre psychiatrische Grunderkrankung und 68 % verhielten sich dem Klinikpersonal gegenüber verbal und/oder körperlich aggressiv. Im Ergebnis berichteten die Patientinnen und Patienten, dass sie zum Zeitpunkt der Unterbringung maßgeblich Wut

und Ärger, aber auch Verzweiflung und Orientierungslosigkeit empfunden hätten. Zu späteren Befragungszeitpunkten wurden zur zurückliegenden Zwangsmaßnahme neben Wut auch Gleichgültigkeit und sogar Verständnis geäußert.

Als möglicherweise schützende Maßnahmen vor erneuter Unterbringung wurden von den Patientinnen und Patienten folgende Interventionen angegeben: Medikamenteneinnahme (60 %), das Pflegen sozialer Kontakte (58 %), ambulante Therapien (53 %), Arztbesuche (48 %), Sport (48 %) und die Vermeidung von Stress (40 %). Zusätzliche Zwangsmaßnahmen hätten aus Sicht der Patientinnen und Patienten häufig vermieden werden können, z. B. durch Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt (32 %), Rauchen (32 %), dem Hinzuziehen von Vertrauenspersonen (27 %), Musik (14 %) und eine reizarme Umgebung (9 %) sowie durch weitere Aktivitäten wie Bewegung, Entspannungsübungen oder Essensangeboten.

Ebene F – Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Datenbank des LWL-PV zu stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen umfasste zwischen 2004 und 2009 rund 13.800 Fälle, hiervon erfolgten 4.400 Aufnahmen unfreiwillig.

Erkenntnisse zu unfreiwilligen Unterbringungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- ▶ Die stationären Behandlungszahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben generell zugenommen.
- ▶ Interessanterweise zeigt sich zwischen 2004 und 2009 eine Abnahme der Unterbringungsrate von anfangs 33 % auf 29 %.
- ▶ Gleichzeitig nahm die Zahl freiwilliger Aufnahmen von 67 % auf 71 % zu.
- ▶ Jungen dominierten sowohl bei freiwilligen (57 %) als auch bei unfreiwilligen Aufnahmen (51 %), allerdings hat die Rate unter den Mädchen über die Jahre zugenommen.
- ▶ Unterbringungen erfolgten wie in der Erwachsenen-Psychiatrie bevorzugt während des Bereitschaftsdienstes (48 % vs. 19 %) sowie am häufigsten im Frühjahr (März, April, Mai), während es bei den freiwilligen Aufnahmen keine Hauptjahreszeit gab (Januar, August, November).

Zusammenfassung und Empfehlungen

Zusammenfassung

- Ergebnisse aus dem LWL und LVR zeigen, dass die Unterbringungszahlen nicht davon abhängig sind, ob eine psychiatrische Behandlung in offener oder geschlossener Form erfolgt.
- Bestimmte Patientenmerkmale prädisponieren für eine Unterbringung nach PsychKG – z. B. eine kurze Erkrankungsdauer oder eine komorbide Sucht.
- Einige soziodemografische Parameter beeinflussen die Unterbringungsrate – Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund und das Wohnen in Ballungsgebieten sind mit einem höheren Risiko assoziiert.
- Günstig beeinflusst wird die Unterbringungsrate durch eine intensive Arbeit der SpD und soziale Vernetzung der Patientin beziehungsweise des Patienten.
- Auch gemäß der Einschätzung durch Patientinnen und Patienten sind ambulante Versorgung sowie soziale Vernetzung offenbar essenzielle Faktoren zur Vermeidung von Unterbringungen.

Empfehlungen

- Verstärktes Angebot für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten, insbesondere Demenzkranke und vor allem Frauen.
- Einrichtung von Krisendiensten mit mobilen Einsatzteams beziehungsweise eines Krisentelefon und eine Etablierung von z. B. Nachtkliniken, um entstehende Krisen möglichst rasch auf- und abfangen zu können und so eine Exazerbation und konsekutive Unterbringung zu vermeiden.
- Etablierung entsprechender Angebote auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die flächendeckende Installation von kompetenten Früherkennungszentren.
- Verstärkung der Bemühungen um transkulturelle Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen, mit dem Anliegen, den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund bei Aufnahmen nach PsychKG zu verringern.
- Verbessertes Vertretungssystem in Ferien- und Urlaubszeiten angesichts der gehäuften Aufnahmen in den Sommermonaten.
- Ausbau des Angebots von SpD und Gemeindepsychiatrie vor allem in Regionen, in denen bislang offenbar weniger ausgeprägte Strukturen sind.
- Angleichung von SpD-Zuständigkeitsbereich und Versorgungsbezirken der Kliniken – für eine geografisch deckungsgleiche Arbeit und ein gemeinsames Case Management.
- Verstärkung des Versorgungssystems in Regionen mit soziodemografischen Risiko-Merkmalen (wie z. B. Arbeitslosigkeit).
- Substanziell psychiatrisch-supportive Hilfe und intensive Psychoedukation/-therapie für die schwerst kranken Patientinnen und Patienten unseres Versorgungssystems.
- Methodische Untersuchung, d. h. klinische Studien zur medikamentösen Therapie von nach PsychKG untergebrachten Patientinnen und Patienten (traditionelle Medikation vs. moderne Medikamente, möglichst in Monotherapie).
- Systematische Erfassung der subjektiven Eindrücke von Patientinnen und Patienten unter Zwangsmaßnahmen, um die Anfangssituation bei diesen Notfallaufnahmen im Sinne eines guten therapeutischen Prozesses zu gestalten und zu verbessern.
- Angesichts der bescheidenen Datenqualität in Nordrhein-Westfalen, aus denen sich viele methodische Limitationen ergeben hatten, ist zu fordern: prospektive Multicenter-Studie zur flächendeckenden Erfassung von an allen Standorten gleichen Daten auf den Untersuchungsebenen Patientin/Patient, Klinik, Gemeinde und Region im zeitlichen Quer- wie Längsschnitt in Hinblick auf psychiatrische Aufnahmen im Kontext offener und geschlossener Psychiatrie.

Danksagung

Besonderer Dank gilt der Projektgruppe des LWL-Forschungsinstituts für Seelische Gesundheit (Dr. K. Hoffmann, Dr. F. Illes, Dr. S. Haußleiter, Dr. B. Emons, Dipl. Psych. J. Jendreyeschak, Dipl. Psych. A. Schramm, Dipl. Biol. M. Schaub, Dipl. Biol. S. Richter und Dipl. Päd. C. Armgart).

Darüberhinaus wird für die gute Kooperation und Zusammenarbeit folgenden Einrichtungen und Kliniken gedankt:

Kooperationspartner im LWL:

LWL-Klinik Warstein (ÄD: Dr. J. J. Leßmann), LWL-Klinik Dortmund (ÄD: Prof. Dr. Dr. U. Sprick), LWL-Klinik Gütersloh (ÄD: PD Dr. K. T. Kronmüller), LWL-Universitätsklinik Hamm (ÄD: Prof. Dr. M. Holtmann), LWL-Klinik Hemer (ÄD: Prof. Dr. U. Trenckmann), LWL-Klinik Herten (ÄD: Dr. L. Turmes), LWL-Klinik Lengerich (ÄD: Dr. C. Chrysanthou), LWL-Klinik Lippstadt (ÄD: Dr. J. J. Leßmann), LWL-Klinik Marl-Sinsen (ÄD: Dr. C.R. Haas), LWL-Klinik Marsberg (ÄD: PD Dr. S. Bender), LWL-Klinik Münster (ÄD: Prof. Dr. T. Reker), LWL-Klinik Paderborn (ÄD: PD Dr. B. Vieten)

LWL-PsychiatrieVerbund und LWL-IT, Münster (Dr. G. Bruchmann, H. Schnieder, T. Profazi, H. Schuhmann-Wessolek)

Weitere Kooperationspartner:

Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wattenscheid (ÄD: Dr. J. Höffler)

St. Marien-Hospital Herne-Eickel (ÄD: Dr. P. W. Nyhuis)

Sankt-Rochus-Hospital Telgte (ÄD: Prof. Dr. H. Schulze-Mönking)

LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen (Dr. P. Massing, M. van Brederode)

LVR-Klinikum Universität Düsseldorf (ÄD: Prof. Dr. W. Gaebel)

Sozialpsychiatrische Dienste: SpD Bochum (Leiter: Dr. J. Kalthoff),

SpD Dortmund Mitte, SpD Dortmund Nord, SpD Kreis Gütersloh, SpD Hamm, SpD Hemer, SpD Herne,

SpD Herten, SpD Lengerich, SpD Lippstadt, SpD Marl, SpD Marsberg, SpD Münster, SpD Paderborn,

SpD Wanne-Eickel, SpD Kreis Warendorf, SpD Warstein

3. Quo vadis psychiatrische Behandlung und Versorgung aus der Sicht der Selbsthilfe



Wiebke Schubert

Einführung

„Was zu tun ist“ – mit der „Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“ hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Kooperation mit Selbsthilfegruppen aus verschiedenen Indikationsbereichen einen gemeinsamen Forderungskatalog für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung psychisch kranker Menschen erstellt. Neben der Einforderung von Unterstützung und Entlastung für die mitbetroffenen Familien sollten auch Vorschläge für die weitere Entwicklung von Versorgungsmodellen sowie für die Zukunft der Selbsthilfe gemacht werden.

Die Versorgung psychisch kranker Menschen hat in den letzten Dekaden einen großen Wandel erfahren – neben neuen Medikamenten und Therapieverfahren wurden auch neue Behandlungskonzepte und integrierte Versorgungsmodelle auf den Weg gebracht und weiterentwickelt. Dennoch zeigt der Blick in die Praxis des Versorgungsalltags, dass das Ziel, der Patientin beziehungsweise dem Patienten und seiner Familie ein weitgehend normales, selbstbestimmtes Leben ohne Ausgrenzung, Leid und Benachteiligung zu ermöglichen, allzu oft nicht erreicht wird.

Wie erfahren Betroffene und ihre Angehörigen das Versorgungssystem? Welche Unterstützung wünschen sie sich, welche Hilfsangebote werden gebraucht? Die folgende Illustration einiger ausgewählter Aspekte aus dem Versorgungsalltag psychisch kranker Menschen soll aufzeigen, in welche Richtung das System aus Sicht der Selbsthilfe steuern sollte.

Ambulante Therapieangebote

„Ambulant vor stationär“ war ein Schlagwort nach der Psychiatrie-Enquete der 70er Jahre. Zugunsten ambulanter Hilfen wurden und werden zunehmend Krankenhausbetten abgebaut. Grundsätzlich ist dieser Ansatz weiterhin zu begrüßen. In der praktischen Umsetzung gibt es allerdings noch gravierende Mängel. Das Prinzip stößt vor allem dort an Grenzen, wo es im ambulanten Bereich keine passgenauen Hilfen gibt. In diesen Fällen sind die Kliniken – wie auch die Angehörigen – die Ausfallbürgen für die Schwächen des ambulanten Systems, was zu Behandlungsabbrüchen und Drehtüreffekten führt.

Keine passgenauen Hilfen

Die mangelnde Kooperation zwischen einer verwirrend großen Anzahl an Trägern von ambulanten Hilfsangeboten und verschiedenen Behörden sowie vielfach widerstreitende Trägerinteressen sind sicherlich die Hauptgründe für solche Fehlentwicklungen. Was an dieser Stelle im System in der Regel fehlt, ist eine Case Managerin oder ein Case Manager, eine Bezugsperson für die beziehungsweise den Kranken und ihre beziehungsweise seine Angehörigen, die mit persönlicher Verantwortung gegenüber der Patientin beziehungsweise dem Patienten und ihrer beziehungsweise seiner Familie einen Pfad durch den Dschungel der Hilfeangebote schlägt, sie koordiniert und auch deren Finanzierung beantragt. Denn in der Praxis arbeiten die verfügbaren Hilfesysteme und deren Beteiligte selten gut zusammen, und es mangelt an synergetisch wirkenden Krisendiensten – mit der Folge, dass bei Eskalation oft nur noch der Rückgriff auf Polizei und Feuerwehr und damit auf das PsychKG bleibt.

Neben diesen systemischen Gründen für die Unzulänglichkeit mancher Hilfsangebote ist auch die Motivation und Qualifikation mancher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etwa im Betreuten Wohnen oder bei den aufsuchenden Hilfen zu hinterfragen. Sind sie auch für die Schwächsten und Schwierigsten da, zum Beispiel für obdachlose psychisch Kranke? Ist ihr Einsatz so, dass Unterbringungen vermieden werden können, oder wird die Verantwortung gerne an die Klinik delegiert?

Beispiel: Ambulante Psychotherapie

Neben den systemischen und personellen Problemen bei der ambulanten Versorgung gibt es zudem auch finanzielle Schieflagen. Eine gute ambulante Versorgung setzt eine zumindest gleichrangige Versorgung von schwer psychisch Kranken und leichter erkrankten Menschen voraus. De facto gibt es diese aber nicht.

Einer wachsenden Zahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten steht eine steigende Zahl von Menschen mit seelischen Leiden gegenüber. Es gibt jedoch keinen Hinweis auf eine Zunahme schwerer psychischer Erkrankungen. Lediglich bei Demenzerkrankungen besteht eine nachweisbare Zunahme. Demzufolge scheinen vornehmlich leichte Störungen zugenommen zu haben. Wie oft gemutmaßt, könnten die Gründe hierfür in geänderten gesellschaftlichen Verhältnissen liegen: Der Leistungsdruck am Arbeitsplatz, die Beschleunigung des Alltags macht mehr Menschen krank, so die Theorie. Aber: Werden nicht auch Unwohlsein sowie Befindlichkeitsstörungen, Lebenskrisen vorschnell als behandlungsbedürftig eingestuft? Und gibt es da einen Zusammenhang mit der ständig steigenden Zahl von Hilfsangeboten seitens der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Kliniken?

Die Therapeutin / der Therapeut kann sich seine Patientinnen und Patienten selbst auswählen. Es ist menschlich und marktwirtschaftlich nachvollziehbar, dass er möglicherweise solche Fälle bevorzugt, bei denen er mit vergleichsweise geringem Aufwand das selbe Honorar erhält – und demzufolge eher einen Menschen mit einer „Befindlichkeitsstörung“ einem schwer psychisch Kranken vorzieht.

Die Folgen allerdings sind gravierend: Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen in der Praxis häufig gar keine ambulante Therapie bekommen oder sehr lange Wartezeiten von bis zu sieben Monaten in Kauf nehmen müssen. Allerdings sollte gerade in solchen Fällen die Behandlung innerhalb von drei Wochen beginnen, um eine Verschlimmerung oder Chronifizierung zu verhindern. Zudem ist die Psychotherapie ein wichtiger Behandlungsbaustein im gesamttherapeutischen Konzept und gilt nach den Leitlinien sogar als Behandlungsoption erster Wahl.

Unter den jetzigen Rahmenbedingungen wird dem schwer psychisch kranken Menschen nur im Krankenhaus eine Psychotherapie zugebilligt. Das kann die Lösung nicht sein, wenn Patientinnen und Patienten grundsätzlich ambulant behandelbar sind.

Prinzipiell stellt sich noch die Frage, welche Therapie der oder dem Kranken angeboten wird. Hier scheint es maßgeblich nach Vorlieben der Therapeutin / des Therapeuten zu gehen – eine qualitative Kontrolle und Evaluation der Behandlung in der ambulanten Therapie gibt es nicht, was für den Fall eines schwer psychisch kranken, möglicherweise suizidalen Menschen fatale Folgen hat.

Hilfen für Angehörige

Bei der Organisation der ambulanten Versorgung werden Hilfen für Angehörige zunehmend bedeutsam. Der gesellschaftliche Wandel führt zu geänderten Familienstrukturen, diese bieten nicht mehr dieselben Ressourcen zur ambulanten Betreuung psychisch Kranker wie früher.

Dennoch sehen professionelle Helferinnen und Helfer die Familien weiterhin als Auffangbecken, wenn ambulante Hilfen nicht greifen. Das werden die Familien aber nicht mehr in dem Umfang wie früher oder überhaupt nicht mehr leisten können. Hier müssen rechtzeitig auffangende Strukturen im ambulanten Bereich geschaffen werden.

Ein praktisches Beispiel: Bei den Begehungen psychiatrischer Kliniken trifft man vermehrt psychisch Kranke mittleren Alters an, die dort eigentlich gar nicht hingehören. Sie sind häufig nur deshalb im Krankenhaus, weil sich kümmernde Angehörige wegfallen, bspw. ihre Mutter, bei der sie bisher lebten, selbst alt und hilfebedürftig geworden ist und gegebenenfalls ins Altersheim musste. In solchen Szenarien kommt es vor, dass psychisch Kranke mittleren Alters in psychiatrischen Kliniken vorzufinden sind, da niemand weiß, wo der psychisch kranke Sohn oder die Tochter alternativ untergebracht werden könnte.

Das kann letztlich keine Lösung sein. Hier müssen unter anderem die Leistungen der Pflegeversicherung angepasst werden: Schwierig ist dabei vor allem die Verbindung von allgemeinen Pflegeleistungen mit dem besonderen Bedarf psychisch kranker Menschen. Pflegebedarf, der nicht wegen körperlicher Einschränkungen, sondern aus der psychischen Störung erfolgt (z. B. Hygiene, Haushaltsführung) wird nicht oder nur unzureichend in der Pflegeversicherung berücksichtigt. Zudem gibt es derzeit noch viel zu wenig Angebote an ambulanter psychiatrischer Pflege.

Noch aber übernehmen Angehörige im ambulanten Bereich einen großen Teil der Betreuung und Pflege psychisch kranker Menschen. Damit sie dieses auch weiterhin soweit als möglich tun können, brauchen auch sie selbst Unterstützung und Hilfe. Im Bereich der Angehörigen von Demenzkranken wird dafür schon viel getan. Wieso gibt es das nicht für die Angehörigen psychisch Kranker?

Auf der anderen Seite muss den psychisch Kranken auch eine eigenständige, von der Familie unabhängige berufliche und soziale Sicherung geboten werden, die ihnen nicht nur einen ausreichenden Lebensstandard sichert, sondern ihnen auch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht.

Die soziale Sicherung psychisch kranker Menschen sollte auch vor dem Hintergrund der UN-Konvention für Behindertenrechte betrachtet werden. Barrierefreiheit für Menschen mit seelischer Behinderung mag anders aussehen als jene für Menschen mit Körperbehinderung – aber sie gilt für alle gleichermaßen. So ist etwa für jede staatliche Hilfe ein Antrag notwendig. Aber macht das jemand, der sich nicht für krank hält? Schafft das jemand, der eine so große Angst vor anderen Menschen hat, dass er sich nicht mehr aus dem Haus traut? Schafft das jemand, der überhaupt keinen Antrieb mehr hat? Für psychisch Kranke ist der Antrag eine Barriere, deren Schwelle man senken sollte, sonst fallen Menschen, die Hilfe benötigen, durch das soziale Netz.

Integrierte Versorgung

Auch beim Thema Integrierte Versorgung besteht erheblicher Diskussionsbedarf: Ein kritischer Punkt ist, dass unterschiedliche Angebote abhängig von der gewählten Krankenkasse und vom Wohnort (d. h. vom Bundesland) vorliegen. Es gibt gelungene und weniger gelungene Vertragsgestaltungen – und das Angebot wird sich sicherlich noch weiter ausdifferenzieren. Auch aus diesem Grunde wäre die bereits er-

wähnte Case Managerin beziehungsweise der bereits erwähnte Case Manager hilfreich, um zumindest regional einen Überblick über die unterschiedlichen Vertragsgestaltungen zu haben.

Im Auge behalten muss man auch die Entwicklung, dass hier zunehmend eine Art privates Recht geschaffen wird. Es wird nicht mehr durch den demokratisch legitimierten Gesetzgeber festgelegt, wie eine Behandlung auszusehen hat, sondern die Verträge, die die Behandlung im Detail regeln, werden zwischen privaten Interessenvertretern geschlossen. Eine Einflussnahme auf die Vertragsgestaltung durch Dritte wie z. B. der Angehörigen oder der Betroffenen erfolgt nicht. Trotzdem greifen diese Vertragsgestaltungen tief in die Rechte Dritter, nämlich der Patientinnen und Patienten, ein.

Geschlossene Heime

Dem oben genannten Ansatz „ambulant vor stationär“ folgend, ist es prinzipiell richtig, dass der LVR sich gegen die Errichtung geschlossener Heime ausspricht und darauf verweist, vorrangig andere Alternativen zu suchen. Dennoch darf man nicht die Augen davor verschließen, dass es auch aufgrund dieses Beschlusses einen „Heim-Tourismus“ hiesiger Betroffener in andere Bundesländer gibt. Aus Sicht der Angehörigen ist dies schon wegen der langen Fahrzeiten und Kosten eine Belastung.

Und ob ausreichend Heimplätze in offenen Heimen (gerade in der Region Düsseldorf) vorhanden sind, sei dahin gestellt. Denn auch hier gibt es sehr lange Wartezeiten. Auch hier werden „schwierige Patientinnen und Patienten“ aus Heimen herausgedrängt und leichter zu behandelnde Menschen bevorzugt. Der Grund dafür ist die Personalsituation in den Heimen: zum einen zu wenig Personal und zum anderen ein hoher Frauenanteil – jüngere, schwierige männliche Patienten sind unter diesen Voraussetzungen nur schwer zu führen.

Diese Situation schafft wiederum erneut Unterversorgung: Denn teilweise sind die aus den Heimen entlassenen Betroffenen so schwer krank, dass sie die Wartezeit auf einen neuen Heimplatz in Krankenhäusern verbringen müssen. Diese Betten sind eigentlich für akut Kranke vorgesehen – ganz abgesehen davon, dass Kliniken in aller Regel nicht für den Daueraufenthalt von Patientinnen und Patienten geeignet sind. Hier zeichnet sich erheblicher Handlungsbedarf ab.

Stationäre Versorgung

Die Benachteiligung schwer psychisch kranker Menschen gegenüber weniger Kranken lässt sich ebenfalls im stationären Bereich feststellen. Das beginnt schon im Bereich der Krankenhausplanung. Deutschland verfügt im Ländervergleich über überdurchschnittlich viele Betten zur Behandlung psychisch und psychosomatisch Kranker; zudem ist die Verweildauer der Patientinnen und Patienten überdurchschnittlich hoch. Derzeit wird in Deutschland zwischen psychosomatischen und psychiatrischen Betten differenziert. Diese Bereiche voneinander abzugrenzen, ist allerdings schwierig, wenig sinnvoll und international auch nicht üblich. Eine separate Krankenhausplanung nur für psychosomatische Betten erscheint schon deshalb ein unzureichender Ansatz.

Es fällt auf, dass auch die Verteilung der Gelder zwischen Psychiatrie und psychosomatischen Betten zu Lasten der psychisch Kranken erfolgt. Obwohl psychische Erkrankungen deutlich folgenschwerer sein können als psychosomatische, wird für ihre stationäre Behandlung weniger Geld aufgewandt. Die Verweildauern in der Psychosomatik sind deutlich höher als in der Psychiatrie, obwohl die Patientinnen und Patienten weniger gefährdet sind. Für die bessere Gesundheit der Patientinnen und Patienten in der Psychosomatik spricht jedenfalls, dass sehr viel weniger Medikamente gegeben werden und dass bei kleineren psychosomatischen Abteilungen oft kein fachärztlicher Abend- und Wochenenddienst vorgehalten wird; er scheint nicht notwendig zu sein. Fraglich scheint an dieser Stelle, ob dann überhaupt eine stationäre Krankenhausbehandlung abgerechnet werden muss oder darf.

Die langen Verweildauern beruhen wahrscheinlich auf Vorlieben der Behandlerinnen und Behandler für bestimmte, tendenziell längere Psychotherapieverfahren sowie gegebenenfalls auf Mängeln im Schnittstellenmanagement und häufigere wohnortferne Behandlung.

Wir sollten dringend darüber diskutieren, ob solche Patientinnen und Patienten dann nicht besser tagesklinisch und wohnortnah behandelt werden sollten und die frei werdenden Gelder in die Behandlung schwer kranker psychiatrischer Patientinnen und Patienten investiert werden können. Auch entsprechen die angebotenen Therapien im Wesentlichen denen, die auch in einer normalen medizinischen Rehabilitation angeboten werden. Dann ist aber wiederum zu fragen, ob solche Kliniken nicht besser als Rehabilitationseinrichtungen mit psychotherapeutischem Schwerpunkt zugelassen werden sollten. Die oben angesprochenen hohen Bettenzahlen bei der Behandlung seelischer Krankheiten könnten im Vergleich dann auch deutlich relativiert werden.

Problematisch ist auch, dass die Psychosomatik im Gegensatz zur Psychiatrie keine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und somit auch keine Institutsambulanz betreiben darf (§ 118 II SGB V) – es gibt nur die Möglichkeit der stationären Behandlung. Diese Betten fehlen in der psychiatrischen Versorgung. Wären diese als (psychosomatische) Abteilungen an psychiatrische Krankenhäuser angegliedert, könnten diese Betten bei der Bedarfsberechnung ohne Einschränkung einbezogen werden.

Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

Sowenig Zwang wie nötig – mit der geänderten Gesetzgebung in Nordrhein-Westfalen geht es in die richtige Richtung. Die Änderung des PsychKG hat zu einem Verbot der Videoüberwachung geführt und schreibt nun Sitzwachen bei Fixierungen zwingend vor. Die genaue Durchführung der Sitzwachen (maximal zwei Personen werden überwacht, die Sitzwache befindet sich im Raum und überwacht die Vitalfunktionen, es gibt kein Monitoring und es wird nur examiniertes Personal eingesetzt) ist nun geklärt worden.

Allerdings gelten diese Regelungen rein rechtlich nur für Patientinnen und Patienten, die nach dem PsychKG untergebracht sind. Somit haben wir in Zukunft faktisch eine Drei-Klassen-Medizin im Krankenhaus:

- ▶ Patientinnen und Patienten, die nach dem PsychKG (des Landes Nordrhein-Westfalen) untergebracht und damit am stärksten geschützt sind,
- ▶ Menschen, die nach Betreuungsrecht (einem Bundesgesetz) eingewiesen wurden,
- ▶ Menschen, die sich freiwillig im Krankenhaus behandeln lassen, die (noch) selbst über ihre Behandlung bestimmen können.

Im Klinikalltag ist die Rechtslage demnach schwer überschaubar. Wobei in diesem Zusammenhang ferner die geänderte Gesetzgebung zum Thema Patientenverfügung und psychiatrisches Testament berücksichtigt werden muss. Darüber hinaus wurden im Betreuungsrecht die Voraussetzungen für eine Unterbringung und insbesondere für Zwangsbehandlungen durch die Rechtsprechung verschärft. Manche Justiz-Expertinnen und -Experten sehen zum Beispiel selbst eine Zwangsbehandlung mit atypischen Neuroleptika als nicht mehr vom geltenden Recht gedeckt an.

Die Frage, die an dieser Stelle dringend geklärt werden muss, ist die, ob es bei der Regelung der Anwendung von Zwang und Gewalt künftig eine einheitliche Rechtsgrundlage (mit gleichem Text in allen Ländern) geben kann – oder ob dies zu einem Rückschritt in Nordrhein-Westfalen führen würde, zum Beispiel beim Thema Videoüberwachung?

Generell gilt: Der mögliche Rückgriff auf Zwang verändert die Beziehung zwischen Patientin / Patient und Behandlerinnen / Behandlern. Je schwieriger die Arbeitsbedingungen und je geringer die Kompetenz der Therapeutin / des Therapeuten, desto eher entwickelt sich ein System des offenen oder latenten Machtmissbrauchs. Diese Situation sollte unter allen Umständen vermieden werden.

Aktuell wird das Thema auch angesichts der UN-(Behindertenrechte-)Konvention, die mittlerweile international bindendes Recht ist. Dort wird einerseits das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe betont. Andererseits ist eine Unterbringung gegen den geäußerten Willen eines Menschen zum Schutz von Leib und Leben statthaft. Sie sollte jedoch auf eine unmittelbar bevorstehende Selbst- oder Fremdgefährdung beschränkt sein und die Möglichkeit eines Rechtsbeistandes im Verfahren sichergestellt werden. Eine solche Intervention sollte immer das letzte Mittel nach Ausschöpfung aller Maßnahmen ohne Zwang

sein. Es gibt derzeit Diskussionen darüber, ob die geltenden Regelungen im PsychKG der UN-Konvention widersprechen. Psychiatrie-Erfahrene können die Debatte sicherlich nachvollziehen.

Denn das Problem besteht darin, dass von Zwangsmaßnahmen Betroffene zur Wahrung ihrer Grundrechte zwar Rechtsmittel einlegen können, in der konkreten Situation aber möglichen Fehlbeurteilungen weitgehend ausgeliefert sind. Hinzu kommt, dass Amtsgerichte teilweise erst den Unterbringungsbeschluss erlassen und dann erst die beziehungsweise den Betroffenen anhören, unter Umständen erst mehrere Tage später. Auch diese Erfahrung kann für die oder den Betroffenen bereits traumatisierend sein.

Fazit

Man gewinnt den Eindruck, dass gerade die schwierigsten Patientinnen und Patienten aus unserem Hilfesystem aussortiert werden – aus Trägheit, aus Bequemlichkeit, aus finanziellen Erwägungen. Und es trifft dabei ausgerechnet die, die sich nicht oder schlecht dagegen wehren können.

Die sich nicht wehren können, gehen unter: Die schwer psychisch Kranken, die alten psychisch Kranken, die Kranken ohne Angehörige, die obdachlosen psychisch Kranken.

Müssen wir aber nicht dahin gehen, wo es „weh tut“?

Wer bedarf denn wirklich unserer Hilfe?

Müssen wir darum nicht mit den Schwächsten beginnen“, wie Dörner sagt?

Referenzen

Dörner K. Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer. 2001

4. Arbeitsgruppe I: Psychiatrische Versorgung und rechtliche Rahmenbedingungen

Einführung

Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen sind ein kritisches Thema, das im Folgenden aus verschiedenen Blickwinkeln – juristisch sowie therapeutisch – betrachtet wird. Im Fokus stehen Fragestellungen, wie sich solche Maßnahmen rechtlich absichern lassen, ob eine Behandlung unter Zwang überhaupt Sinn macht und wie diese Behandlung dann möglichst erträglich gestaltet werden kann.

Rechtliche Aspekte von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie



Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan

Auch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung greift wie jede medizinische Behandlung in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen ein. Diese ist darum nur zulässig, wenn die oder der Betroffene wirksam eingewilligt hat. Eine wirksame Einwilligung setzt jedoch Information und Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung voraus, woran es psychisch kranken Personen oft schon krankheitsbedingt mangelt. Die Problemstellung ist deshalb: Wie kann in solchen Situationen sinnvoll medizinisch oder therapeutisch agiert werden und welche Regeln hält unser Recht hierfür bereit?

Ein Weg ist die stationäre Behandlung oder die freiheitsentziehende Unterbringung, die in verschiedenen rechtlichen Konstellationen vorkommt: die strafrechtliche Unterbringung nach § 63 StGB, die ordnungsbehördliche nach PsychKG/UBG (Ländergesetze) und die betreuungsrechtliche nach § 1906 BGB. Das Grundgesetz, das die Vollstreckung der Unterbringungen als Ländersache definiert, steht dabei einem bundesweit geltenden, einheitlichen PsychKG entgegen, auch wenn manche Expertinnen und Experten ein solches begrüßen würden.

Die strafrechtlichen und ordnungsbehördlichen Unterbringungen schaffen öffentlich-rechtliche Handlungsverhältnisse, also Gewalt- und Unterordnungsverhältnisse. Während beim Maßregelvollzug die Wiedereingliederung der oder des Untergebrachten durch Therapie und der Schutz der Allgemeinheit durch Freiheitsentziehung im Vordergrund steht, fokussiert sich die ordnungsbehördliche Unterbringung nach PsychKG hingegen auf die kurzfristige Akutbehandlung einer beziehungsweise eines psychisch Erkrankten zwecks Genesung.

Klargestellt werden muss, dass sowohl die Unterbringung nach PsychKG als auch Zwangsmaßnahmen in der Einrichtung in grundsätzlich geschützte Individualrechte eingreifen. Und dies in zweierlei Hinsicht: Einerseits wird das Recht auf persönliche Freiheit verletzt. Andererseits beeinträchtigt die Zwangsbehandlung aber auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit und verletzt das Selbstbestimmungsrecht. Deshalb ist eine gesetzliche Grundlage sowohl für die Freiheitsentziehung als auch die Zwangsbehandlung, also die medizinische Behandlung ohne Einwilligung oder gegen den Willen der oder des Kranken, notwendig.

Es gibt zwar für die Unterbringung, nicht aber für alle Fälle der Zwangsbehandlung, ausreichende rechtliche Eingriffsermächtigungen. Den verfassungsrechtlichen Anforderungen entsprechende Rechtsgrundlagen für eine therapeutische oder zur Erreichung des Vollzugsziels notwendige Zwangsbehandlung enthalten die Landesgesetze Nordrhein-Westfalen bisher nicht. Eine zulässige Zwangsunterbringung rechtfertigt für sich genommen noch keine Zwangsbehandlung. Dem Gesetzgeber ist es aber nicht verwehrt, solche Rechtsgrundlagen für eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels zu schaffen.

Das Verfassungsgericht hat die Möglichkeit der Zwangsbehandlung an strenge materielle und verfahrensrechtliche Voraussetzungen geknüpft. Erste Voraussetzung überhaupt ist die Einsichtsunfähigkeit: Eine nur erheblich vermindert einsichtsfähige Patientin beziehungsweise ein nur erheblich vermindert einsichtsfähiger Patient gilt als einsichtsfähig, so dass die Therapeutin oder der Therapeut sich um die Erlangung der Einwilligung bemühen muss. Die Einwilligung einer gesetzlichen Vertreterin beziehungsweise eines gesetzlichen Vertreters genügt nicht, wenn die oder der Untergebrachte die Behandlung mit seinem natürlichen Willen ablehnt.

Die Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen muss weiter zur Herstellung der Entlassungsfähigkeit geeignet sein, die Medikation auf ein unbedingt notwendiges Maß sowie die notwendige Dauer beschränkt werden und das letzte Mittel darstellen. Zuvor ist mit der oder dem Untergebrachten ein Gespräch über das Ob und Wie der Behandlung zu führen, um deren beziehungsweise dessen Vertrauen zu gewinnen. Notwendige verfahrensrechtliche Absicherungen in diesem Fall sind: die rechtzeitige und hinreichend konkrete Ankündigung der geplanten Zwangsmaßnahme in einem ausführlichen Gespräch. Das hat den Zweck, der oder dem Untergebrachten Gelegenheit zu geben, sich um vorbeugenden Rechtsschutz zu bemühen. Weiterhin gilt eine Verpflichtung zur ausführlichen Dokumentation und die Überprüfung der Zwangsmaßnahme vor ihrer Durchführung durch eine vom Unterbringungs Krankenhaus unabhängige Stelle (externe Ärztin beziehungsweise externer Arzt, Ombudsman oder Gericht).

Grundsätzlich stellt sich ohnehin die Frage, welcher therapeutische Erfolg ohne die Zustimmung der Patientin beziehungsweise des Patienten überhaupt erreichbar ist.

Das Konzept der „offenen Psychiatrie“ am St. Marien-Hospital Eickel



Dr. Peter W. Nyhuis

Das Ziel einer „offenen Psychiatrie“ ist, die Behandlungsumstände von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken zu verbessern und negative Begleiterscheinungen wie Zwang und Gewalt zu verhindern. Dabei erschöpft sich dieses Konzept nicht allein mit dem Offenhalten der Stationstür, sondern umfasst ein ganzes Portfolio von atmosphärenbildenden Maßnahmen. Letztlich geht es darum, aggressives Verhalten und Gewaltvorkommnisse im psychiatrischen Milieu zu minimieren.

Die Ursachen für aggressives Verhalten bei Menschen sind vielfältig. Bei psychisch Kranken ist das Gewaltisiko gegenüber der gesunden Bevölkerung insgesamt etwa um den Faktor 5 erhöht. Das höchste Risiko geht dabei von Substanzmissbrauch in Kombination mit „major mental disorders“ aus (d. h. psychotischen Erkrankungen oder schweren Depressionen).

Zur Prävention von Gewalt und Aggressivität in psychiatrischen Institutionen sind Maßnahmen in verschiedenen Bereichen nötig. Auf der Ebene der Politik etwa ist es eine ausreichende Ausstattung und Finanzierung psychiatrischer Einrichtungen, die Schaffung ausreichender Lebensbedingungen für psychisch Kranke und Maßnahmen zur Verhinderung von Stigmatisierung nach der Behandlung. Gefordert ist zudem eine Psychiatrie-Gesetzgebung, die Patientenrechte sichert, aber auch Behandlungen in Notsituationen und unter Zwang ermöglicht. Wesentlich für die Umsetzung ist hierbei ein gut funktionierender Gemeindepsychiatrischer Verbund mit eng vernetzter Zusammenarbeit.

Besonders auf der Organisationsebene psychiatrischer Einrichtungen kann viel bewirkt werden. Elementar ist die Schaffung eines Klimas von Offenheit und Akzeptanz – statt die Patientin / den Patienten nur als Versehrte / Versehrten zu betrachten, sollten ihre beziehungsweise seine Kompetenzen gesehen werden. Wichtig ist zudem eine Beziehungs- und Behandlungskontinuität, also feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter den Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegepersonen während der gesamten Behandlungsdauer unter Vermeidung von Verlegungen innerhalb der Klinik. Das Stationsmilieu muss hierfür diagnostisch heterogen und alle Krankheits- und Genesungsstadien umfassend gestaltet sein. Störungsspezifische Therapien finden stationsübergreifend statt. Anzustreben sind ein respektvoller Umgang miteinander und eine alltagsnahe Gestaltung der Lebensumstände in psychiatrischen Kliniken, bei der typische Krankenhausmerkmale wie z. B. Dienstkleidung oder zu starres Regelwerk vermieden werden. Müssen dennoch Zwangsmaßnahmen vorgenommen werden, so sind sie möglichst kurz und in menschlich zugewandtem Milieu zu vollziehen. Die Gesetzesnovellierung in Nordrhein-Westfalen (November 2011), die Videoüberwachung bei fixierten oder zwangsinjizierten Patientinnen und Patienten verbietet und stattdessen eine Sitzwache vorschreibt, war daher überfällig.

Zur Verhinderung der Provokation von Gewalt durch die Institution sind strukturelle Rahmenbedingungen vonnöten wie z. B. gemeindepsychiatrische Strukturen (Verzicht auf Aufnahmestation, diagnostische Heterogenität und strikt offene Tür). Vorherrschend sollte ein möglichst ruhiges, angstfreies und freundliches stationäres Milieu von eindeutigem und verlässlichem Regelwerk. Im täglichen Umgang zwischen Behandlerin / Behandler und Patientinnen und Patienten müssen Aggressionen ernstgenommen werden. Aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die das Gefühl von Bedrohung oder Gefährdung haben, dürfen nicht allein gelassen werden. Um dem vorzubeugen, sollen jegliche Provokationen von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermieden und die Patientinnen und Patienten angehalten werden, negative Gefühle nachdrücklich zu äußern. Das Resultat dieses Konzepts auch am St. Marien-Hospital Eickel: bedeutend weniger aggressive körperliche Kontakte, weniger Fixierungen, schnell-

leres Remittieren schwerer Psychopathologien, weniger Zwangsmedikationen und tendenziell weniger Suizide.

Zu den verschiedenen konkreten milieubildenden Maßnahmen am St. Marien-Hospital Eickel gehören Patientenpaten, also in der Genesung fortgeschrittene Patientinnen und Patienten, die sich um Neuankömmlinge kümmern. Die Patientinnen und Patienten werden in die Gestaltung von nicht primär therapeutischen Sitzungen wie z. B. Morgenrunden oder einem gemeinsamen Wochenabschluss eingebunden. Prinzipiell wird darauf geachtet, dass der Umgang miteinander auf Augenhöhe stattfindet. Ehrenamtliche und kreative Tätigkeiten werden gefördert, wie z. B. eine patientenseitig erstellte Klinikzeitschrift. Großer Wert wird darauf gelegt, dass die Patientinnen und Patienten in Kontakt mit der gesunden Bevölkerung gebracht werden, etwa in gemeinsamen VHS-Kursen oder einer offenen Cafeteria. Die Botschaft ist einfach: ressourcenorientiert andere Settings zu wählen und kreativ zu sein in den herkömmlichen Behandlungsorten.

Zwangsbehandlungen aus Sicht der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten



Monika Konitzer

Vertreterinnen und Vertreter des vergleichsweise neuen Berufszweiges der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten achten streng darauf, die Autonomie der Patientin oder des Patienten zu respektieren. Psychotherapeutinnen und -therapeuten dürfen keine Behandlungen durchführen oder müssen sie abbrechen, wenn sie feststellen, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patientin beziehungsweise Patient und Behandlerin oder Behandler nicht herstellbar ist. Vor der Behandlung muss die Patientin oder der Patient aufgeklärt werden, und zwar auch über die Behandlungsalternativen und -risiken, und dies in einer auf die Aufnahmefähigkeit und Befindlichkeit der Patientin beziehungsweise des Patienten abgestimmten Form.

Im Hinblick auf die Berufsordnung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist daher eine psychotherapeutische Zwangsbehandlung im Sinne einer Heilbehandlung gegen den Willen der Patientin beziehungsweise des Patienten nicht denkbar. Dies stellt einen Widerspruch in sich – denn die Therapie bedarf nicht nur formal der Einwilligung der Patientin beziehungsweise des Patienten, sondern auch tatsächlich.

Die Situation einer Zwangsbehandlung kann vermieden werden, wenn bereits im Vorfeld einer Krisensituation eine Vereinbarung zwischen Patientin beziehungsweise Patient und Behandlerin oder Behandler getroffen werden konnte, etwa in Form einer Patientenverfügung. Derzeit sind Patientenverfügungen als Behandlungsvereinbarungen allerdings noch nicht geeignet. Für den Krisenfall ist eine bessere rechtliche Verbindlichkeit von Behandlungsvereinbarungen gefordert. Zudem muss auch gewährleistet sein, dass Psychotherapie nach Ende des Klinikaufenthalts weiter ambulant durchgeführt werden kann und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Behandlerinnen und Behandlern verbessert wird. Eine Schwierigkeit liegt auch darin, dass psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht überweisen dürfen, was eine Kooperation hochgradig erschwert.

Zusammenfassung und Ausblick der Arbeitsgruppe

- Eine Öffnung der Psychiatrie kann offenbar mit gutem Erfolg zur Reduktion notwendiger Zwangsmaßnahmen beitragen und den Behandlungserfolg verbessern.
- Vor dem Hintergrund des beschriebenen Verfassungsrechts ist wünschenswert, dass eine einheitliche Definition von Einsichtsfähigkeit einer betroffenen Patientin oder eines betroffenen Patienten geschaffen wird: Ärztinnen und Ärzten sollte ein Kriterienkatalog zur Verfügung stehen, anhand dessen sie Einsichtsfähigkeit bewerten können.
- Die Schaffung einer rechtlichen Verbindlichkeit von Behandlungsvereinbarungen (analog zu einer Patientenverfügung) könnte mögliche Zwangsbehandlungen verringern.

5. Arbeitsgruppe II: Die Rolle des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Einführung

Erstmals wurde der Begriff „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ (GPV) von der Expertenkommission zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung verwendet, als sie im Jahr 1988 den „Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes als Fundament allgemeinspsychiatrischer ambulanter Versorgung“ empfahl und somit das Verbundkonzept den Enquete-Empfehlungen der „therapeutischen Kette“ entgegensetzte. Unter „Verbund“ versteht man dabei heute weit mehr als zunächst angedacht – nämlich einen rechtsfähigen Zusammenschluss aller Akteure der psychiatrischen Versorgung mit der regionalen Versorgungsverpflichtung für alle psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger der Region. Die folgenden Beiträge illustrieren Erfahrungen aus unterschiedlichen Regionen und Perspektiven – nämlich aus der Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes, eines Vertreters des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie eines Mediziners an einer psychiatrischen Klinik.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Bochum



Dr. Jörg Kalthoff

Die Ausgangslage des heute bestehenden GPV in Bochum vor etwa 30 Jahren bestand darin, dass letztlich keine Gemeindepsychiatrie existierte – es gab keine psychiatrische Klinik, keine Wohnheime, keine komplementären Angebote und keinerlei sozialpsychiatrische Hilfen. Diese krisenhafte Situation barg aber für den Aufbau auch eine Chance, weil es keine „zementierten“ Strukturen zu überwinden galt. Erste Schritte bestanden im Zusammenschluss eines Bündnisses von Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Verwaltung, Trägern, Angehörigen sowie Psychiatrieerfahrenen mit dem Ziel, eine gemeindepsychiatrische Versorgung in Bochum zu etablieren.

Gemeinsamer Konsens war die Leitlinie „ambulant vor stationär“. Erste Maßnahme war daher auch die Gründung eines sektorisierten sozialpsychiatrischen Dienstes – noch vor Einrichtung einer psychiatrischen Klinik, die erst als letzter Baustein zur Vollversorgung entstand. Die ortsnahe stationäre Versorgung wurde zunächst durch Schaffung einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus sichergestellt. Dazu wurden Angebote wie psychosoziale Hilfsvereine, Kontaktclubs und Betreutes Wohnen etabliert und ausgebaut. Bereits in der Anfangsphase des GPV war die Richtschnur des Handelns festgelegt, die wir uns auch heute als Ziel setzen: Jeder und jedem Betroffenen ist in ihrer beziehungsweise seiner Gemeinde ein passendes Angebot zu machen. Zudem gilt das Prinzip „die Schwächsten zuerst“ – chronisch Kranke und Betroffene mit komplexer Problematik oder etwa auch Krankheitsunsichtige haben Priorität. Zudem steht Prävention im Vordergrund, d. h. Krisenvermeidung geht vor Krisenintervention. Es müssen Alternativen zu Langzeitunterbringung beziehungsweise zur „Drehtürpsychiatrie“ gefunden werden.

Wesentlicher Schritt für die Umsetzung dieser Ziele im Praxisalltag in Bochum (mit damals etwa 400.000 Einwohnern) war die Aufteilung des Stadtgebietes in drei Sektoren und einer entsprechenden Sektorisierung des sozialpsychiatrischen Dienstes, der ambulanten Versorgung und allen komplementären Hilfen, so dass Betroffene in ihrem sozialen Umfeld alle Angebote finden beziehungsweise ihnen, sofern Anspruch im Rahmen der Pflichtversorgung besteht, dort auch verpflichtend ein Angebot gemacht werden muss. Als feste Bezugsperson wird der Patientin beziehungsweise dem Patienten eine Case Managerin oder ein Case Manager als Lotsin beziehungsweise Lotsen an die Seite gestellt, die oder der trägerübergreifend und über einen möglichst langen Zeitraum alle Angebote koordiniert. Die sozialpsychiatrischen Teams in Bochum sind dabei multiprofessionell aufgestellt, setzen sich z. B. aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Krankenpflegerinnen und -pflegern sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten zusammen. Für die Klientin beziehungsweise den Klienten bedeutet dies, dass sie beziehungsweise er zentral „hinter einer Tür“ alle Angebote findet. Aber auch die Betreuenden profitieren vom interdisziplinären Austausch.

„Geh“-Kultur statt „Komm“-Kultur

Kerndisziplin ist eine aufsuchende Behandlung – sowohl als Krisenintervention, aber vor allem auch nachgehend: „Geh“-Kultur statt „Komm“-Kultur. Mit dem Prinzip der offenen Tür bieten die Zentren aber auch niederschwellig ihre Hilfen an beziehungsweise sie sorgen durch Aufenthaltsbereiche, Angebote wie Cafés, regelmäßige Kurse und Gruppenveranstaltungen für eine Bindung der Klientin beziehungsweise des Klienten und bilden oftmals die Basis für ihre beziehungsweise seine Tages- und Wochenstrukt-

rierung. Analog zur Allgemeinpsychiatrie wurden solche sektorenbasierte Angebote auch für den Suchtbereich etabliert, wo sich zunächst die Suchtberatungsstellen und die SpD zusammenschlossen. Sehr gute Erfahrungen wurden in Bochum auch mit dem Angebot von medizinischer Behandlung im Rahmen der Gemeindepsychiatrie gemacht, wodurch viele Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten, die den Weg in Wartezimmer und Klinik nicht finden. Diese Möglichkeiten sind inzwischen allerdings stark eingeschränkt.

Ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung des GPV in Bochum war die Teilnahme als Modellstadt der Aktion Psychisch Kranke (APK) zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes im Jahr 2002. Personenbezogen meint: Ein aus Sicht der Klientin beziehungsweise des Klienten passgenaues Hilfsangebot zu machen. Die Teilnahme an diesem Projekt förderte den weiteren Ausbau der bereits initiierten trägerübergreifenden Hilfeplanung in Bochum, für die u. a. ein gemeinsamer, personenzentrierter integrierter Hilfeplanbogen entwickelt wurde.

Die intensive Zusammenarbeit und Vernetzung im GPV hat in Bochum einen messbaren Erfolg vorzuweisen, nämlich die Erfolgsquote bei der Verhinderung von Einweisungen nach PsychKG. Für 90 % der Fälle gelingt es, ambulante Alternativen zur Unterbringung zu entwickeln. Das Risiko einer Zwangseinweisung nach dem PsychKG beträgt in Bochum nur etwa ein Drittel des mittleren Risikos der übrigen Städte in Nordrhein-Westfalen.

Eine erfolgreiche Gemeindepsychiatrie ist kein Selbstläufer – sondern Ergebnis kontinuierlich aktiver Kooperation und Etablierung von Abstimmungsstrukturen.

Das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes – frühe Erfahrungen und aktuelle Probleme



Dr. Ulrich Thamer

Die durch die Psychiatrie-Enquete in den 1970ern geforderte Etablierung einer gemeindenahen Psychiatrie traf vor rund 30 Jahren in Gelsenkirchen auf Strukturen, die weit von den angestrebten Zielen entfernt waren. Einer Einwohnerschaft von rund 380.000 Menschen standen drei Nervenärztinnen und Nervenärzte und eine niedergelassene Psychotherapeutin beziehungsweise ein niedergelassener Psychotherapeut (im sogenannten Delegationsverfahren) gegenüber; es gab eine etwa 100 km entfernte psychiatrische Klinik, zudem minimale Strukturen wie einen sozialpsychiatrischen Dienst sowie mehrere Ehe- und Erziehungsberatungsstellen. Die Koordination dieser vorhandenen Minimalstrukturen erfolgte in Gelsenkirchen sozusagen basisnah in Form der Gründung eines „Psychiatrie-Stammtisches“, bei dem letztlich auf kleiner Ebene eine Art „Case Management“ vollzogen wurde. Um von Gemeindepsychiatrie sprechen zu können, bedurfte es aber noch viel. Infrastrukturelle Verbesserungen sind inzwischen in der Tat erreicht worden: Gelsenkirchen, heute in seiner Einwohnerzahl um etwa ein Viertel geschrumpft, verfügt nun über zwei psychiatrische stationäre Abteilungen mit Pflichtversorgung vor Ort sowie weiteren im Umfeld, dazu über zwei Tageskliniken und zwei Institutsambulanzen. Im Jahr 2009 konnten zehn Nervenärztinnen und -ärzte, eine Psychiaterin beziehungsweise ein Psychiater, zwei Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, rund 50 niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, sozialpsychiatrische Dienste sowie Beratungsstellen, Tagesstätten und Einrichtungen des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke registriert werden.

Ein Versorgungsfortschritt ist demnach allein durch die Zahlen gegeben, denn von einer breiteren Versorgung von psychisch Kranken kann ausgegangen werden. Ob dies aber in allen Bereichen einen Fortschritt bedeutet, ob die vielfältigen Instrumente auch effizient eingesetzt werden, ist zu hinterfragen (siehe auch: Payk/Thamer, Psychiatrie Praxis, Schattauer 1998). Probleme zeigten und zeigen sich unter anderem in der mangelhaften Kooperation der versorgenden Strukturen, die zu Fehl- oder Doppelversorgung führen kann. So kommt es vor, dass eine psychisch kranke Patientin beziehungsweise ein psychisch kranker Patient gleichzeitig z. B. von einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter in ihrer oder seiner Wohnung betreut wird, bei einer ambulant tätigen Ergotherapeutin beziehungsweise einem ambulant tätigen Ergotherapeuten in Behandlung ist, eine oder mehrere Tagesstätte(n) für psychisch Kranke und auch noch Beratungsstellen besucht. Ohne Koordination können ergänzende folglich zu konkurrierenden Maßnahmen werden, die für die Patientin oder den Patienten durch ihre teilweise gegenläufigen Konzepte Verwirrung und auch Schaden bedeuten können. Daneben spiegelt sich wider, dass Träger und Einrichtungen im psychosozialen Bereich untereinander, aber auch mit Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und stationären Einrichtungen konkurrieren. Diesem Mangel begegnete man vielerorts durch die Einrichtung von Psychiatrie-Facharbeitskreisen und psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, mit dem Ziel einer besseren Kommunikation und sinnvollen Vernetzung der Dienste. Kritisch ist, dass Nervenärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater in solchen Gremien nicht regelhaft integriert sind: Während Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychosozialen Dienste während ihrer Arbeitszeit zu den Sitzungen gehen, können Ärztinnen und Ärzte nur an den Mittwoch-Nachmittagen in ihrer Freizeit teilnehmen.

Ärztinnen und Ärzten, die für solche Gremien unverzichtbar sind, müssten hier Rahmenbedingungen gegeben werden, die ihr Engagement praktikabel und zumutbar machen.

Festzuhalten bleibt, dass ein Verbund zunächst noch keine Errungenschaft darstellt. Erst dann, wenn eine Koordination der einzelnen Akteure gelingt, ist eine effiziente und patientenbezogene Hilfe möglich. Ohne entsprechende Absprache ist auch Schaden möglich.

Die Rolle des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aus Sicht der Klinik



Prof. Dr. Klaus Windgassen

Ein gängiges Vorurteil in der öffentlichen Wahrnehmung psychischer Krankheit besagt, dass von diesen Patientinnen und Patienten eine besondere Gefahr ausgehe; hierdurch wird die Stigmatisierung psychisch Kranker erheblich verstärkt. Laut Bundes-Gesundheitssurvey (1998) ist etwa jeder dritte Mensch von einer psychischen Erkrankung betroffen. Die meisten Betroffenen sind sehr gut sozial integriert und leben mitten in der Gesellschaft; das zu betonen, wirkt der Stigmatisierung psychisch Kranker entgegen. Eine psychische Erkrankung ist nichts Exotisches, sie lässt sich auch gut behandeln, kann aber unbehandelt und ohne Unterstützung zum Absturz führen.

Wenn auch die Mehrzahl der psychisch Kranken offenbar gut integriert ist, gibt es eine Gruppe von Patientinnen und Patienten, die es aufgrund ihrer psychischen Erkrankung schwer hat – z. B. Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, mit bipolaren Störungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der Diagnoseverteilung der psychiatrischen Kliniken wider, in denen die Patientinnen und Patienten mit den genannten Diagnosen einen Großteil der Klientel ausmachen. Unabhängig von der Diagnose lassen sich unterscheiden: Einerseits Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Krankheitsepisoden ohne nennenswerte Chronifizierung (Ersterkrankungen, rezidivierende Episoden mit seltenen Rezidiven) und zumindest hinreichender gesellschaftlicher Integration; hierzu gehören auch Patientinnen und Patienten mit schweren psychoreaktiven Störungen im Rahmen akuter Belastungssituationen und Krisen. Andererseits Patientinnen und Patienten mit Dekompensation einer chronischen psychischen Erkrankung, die ansonsten aber verlässlich in tragfähigen Behandlungs- oder Versorgungsstrukturen stehen. Und schließlich die im Jargon etwas salopp häufig als „heavy user“ bezeichneten Patientinnen und Patienten, die trotz ihrer schweren chronischen psychischen Störung Behandlungsangebote und sozialpsychiatrische Hilfen nicht mit der erforderlichen Kontinuität nutzen, sondern immer wieder nur kurzfristig Unterstützung suchen und meist vorzeitig abbrechen (und damit zugleich viele Ressourcen verbrauchen).

Nachrangige Versorgungsfunktion der Klinik

Die psychiatrische Klinik hat in der Versorgung all dieser Patientinnen und Patienten unterschiedliche Aufgaben. Grundsätzlich aber, so Klaus Ernst und Cecile Ernst (1992) „ist die Idee, dass die Klinik nicht eine zentrale, sondern subsidiäre Funktion zu erfüllen hat, dem Gegenstand der Psychiatrie adäquat“. In der Tat werden psychisch Kranke hauptsächlich ambulant behandelt. Auch ein Mensch mit einer chronischen psychischen Erkrankung verbringt nur eine kleine Wegstrecke seiner Biografie im Krankenhaus. Die weite Strecke über braucht er die Unterstützung anderer, insbesondere gemeindepsychiatrischer Strukturen. Die Klinikaufgaben bestehen häufig maßgeblich darin, die vorübergehend erforderliche Intensivierung der Behandlung zu ermöglichen. Oftmals ist es aber auch erforderlich, mit der Patientin oder dem Patienten die notwendige Unterstützung durch die gemeindepsychiatrischen Einrichtungen neu zu initiieren.

Wenn Patientinnen und Patienten in einer Krisensituation in die Klinik kommen, dann kann der Abstand von den Anforderungen des Alltags entlastend sein (für die Patientin / den Patienten und /oder ihre / seine Angehörigen). Letztlich ist aber der Erfolg einer stationären Behandlung daran zu messen, ob die erzielten Fortschritte auch nach der Entlassung im alltäglichen Leben Bestand haben. Krankheitsentste-

hung und -verlauf sowie die Symptomausprägung sind bei psychischen Erkrankungen in hohem Maße von dem sozialen Kontext der Patientin oder des Patienten abhängig, und diesbezüglich sind die Bedingungen in der Klinik und außerhalb recht unterschiedlich; deshalb muss auch das soziale Umfeld, in das die Patientin oder der Patient nach der Klinikbehandlung zurückkehrt, gezielt mit in die Therapie einbezogen werden.

Das sogenannte Schnittstellenproblem ist daher gerade bei diesen Patientinnen und Patienten stark in den Blick gekommen, d. h. stationäre und nichtstationäre Versorgung müssen eng verzahnt werden. Die Krise bietet für die Patientin beziehungsweise den Patienten nämlich auch die Chance zur Weichenstellung, zur Überprüfung, ob die bisherige Unterstützung adäquat und ausreichend war.

In der Praxis zeigt sich eine Reihe von Schwierigkeiten. In vielen Regionen gibt es keine gewachsene, fest etablierte Zusammenarbeit. Die Entgeltsysteme der stationären und der übrigen gemeindepsychiatrischen Versorgung unterscheiden sich erheblich und – teilweise damit zusammenhängend – auch die Behandlungsplanungen und temporalen Strukturen der Arbeit. Die Gesundheitspolitik gibt vor, diagnostische und therapeutische Prozesse zu beschleunigen. Auch wenn grundsätzlich Konsens besteht, dass eine Klinikbehandlung auf die notwendige Dauer zu begrenzen ist, ist die Diskussion um Verweildauern bei psychischen Erkrankungen aus Sicht der Kliniken teilweise irrational; denn nachhaltige therapeutische Effekte und eine Stabilisierung benötigen mehr Zeit als die unmittelbare Symptomsuppression. In Kliniken werden stärker einzelne Behandlungsepisoden („Behandlungsfälle“) betrachtet, während man im gemeindepsychiatrischen Kontext in ganz anderen Zeiträumen agiert – Monaten, Jahren, ganzen Lebensabschnitten der Begleitung. Dies macht die Zusammenarbeit auch auf Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter manchmal schwierig.

Aus Sicht der Klinik ist eine Reihe von der Politik grundsätzlich in Aussicht gestellter Maßnahmen letztlich nicht umgesetzt worden. Ein Musterbeispiel ist die ambulante Soziotherapie, die zwar inselhaft, aber nicht flächendeckend existiert. Die nicht ausreichende ambulante ärztliche Versorgung wirft weitere Probleme auf, nämlich dann, wenn man für eine Patientin / einen Patienten, die beziehungsweise der vor der Entlassung steht, einen ambulanten Behandlungstermin konkret vereinbaren will. Die in Bochum offenbar möglich gemachte Behandlungsmöglichkeit durch den GPV könnte hier eine gute Chance bieten.

Zusammenfassung und Ausblick der Arbeitsgruppe

- „Die Schwächsten zuerst“ – besonders problematische Patientinnen und Patienten stehen im Fokus der gemeindepsychiatrischen Arbeit. Dabei sind eine zentrale Koordination und Steuerung wichtig, damit die Betroffenen nicht „zwischen die Stühle fallen“, ferner ein gutes Case Management.
- Dem Trend, möglichst eher die leicht Erkrankten zu betreuen, kann derzeit nur durch gemeinsame Absprache, gemeinsame Leitlinien und gemeinsame ethische Überzeugung entgegengewirkt werden, was derzeit unterschiedlich gut umgesetzt ist.
- Instrumente der Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz sind positiv zu bewerten – die finanzielle Zersplitterung und die Marktsituation z. B. beim Betreuten Wohnen sind aber problematisch.
- Wenn im System der Versorgung psychisch Kranker eine grundsätzliche Änderung gewollt ist, geht es nicht um die Erfindung neuer Bausteine, sondern um die Vernetzung der vorhandenen, und die Kontinuität von helfenden Beziehungen. Eine 24 Stunden-Erreichbarkeit mit möglichst konsequenter Teambetreuung ist der Punkt, an dem etwas scheitert oder gelingt.
- Langfristig ist es erforderlich, die Finanzierungssysteme so zu verändern, dass die Betreuung der Schwächsten finanziell besser vergolten wird, dass komplexe Leistungen und auch Koordination bezahlt wird. Der GPV hat hier eine wichtige Bedeutung für die jeweilige Region.
- Eigentlich ist die integrierte Versorgung ein sehr sinnvolles Instrument, dieses muss jedoch an die Versorgungsleistung des GPV gekoppelt werden und nur im Konsens mit der Klinik, nicht gegen die Klinik. Auch Instrumente wie Regionalbudget sind weiter zukunftsweisend.
- Medizinische Behandlung als niederschwelliges Angebot im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Arbeit kann eine Lücke im Versorgungssystem füllen und zudem manchen Betroffenen den Zugang zu einer Therapie überhaupt erst ermöglichen.
- Für körperlich Kranke ist es selbstverständlich, dass die Schwerkranken eine intensive und auch kostenintensive Behandlung erhalten. Eine entsprechende Gleichbehandlung der Gruppe der psychisch Schwerkranken gibt es nicht.

6. Arbeitsgruppe III: Vom Kind zum Alter – Psychiatrische Versorgung über alle Lebenslagen

Einführung

Durch den demografischen Wandel wird einerseits die Problematik psychischer Erkrankungen im Alter bedeutsamer, andererseits benötigen offenbar auch immer mehr Kinder und Jugendliche psychiatrische Hilfen. Die Förderung der ambulanten Versorgung, die Selbstbestimmung und die Tatsache, dass die psychische Erkrankung eines Kindes auch eine Folge der Erkrankung weiterer Familienmitglieder sein kann, sind Ausgangsbasis der folgenden Beiträge.



Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann

Obwohl die Geburtenziffer in Deutschland rückläufig ist, lässt sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine seit Jahren steigende Inanspruchnahme von Leistungen beobachten. Daten der KiGGs-Studie des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass bei etwa 10 % der Kinder bis zum 18. Lebensjahr eine behandlungsbedürftige Störung auftritt; allerdings wird nur etwa jedes Zweite dieser Kinder behandelt.

Im klinischen Alltag sehen sich Ärztinnen und Ärzte dabei vor allem mit „Multiproblempatientinnen und -patienten“ konfrontiert, d. h. häufig z. B. mit Patientinnen und Patienten mit mehreren komorbiden psychischen Erkrankungen. Zudem sind zunehmend mehr auch desolater psychosoziale Verhältnisse vorhanden, zumeist in Form einer „broken home“-Situation, also mit Trennungen, die mit Konflikten einhergehen und Auswirkungen auf die Betroffenen haben. Ein großes Thema ist die Problematik psychisch kranker Kinder, die psychisch kranke Eltern oder Großeltern haben: Immer mehr Familien benötigen multiprofessionelle Hilfe in verschiedenen Generationen. Mittlerweile hat etwa jedes zweite bis dritte Kind, das stationär behandelt wird, ein Elternteil, das selbst eine behandlungsbedürftige Störung aufweist. Letztlich muss es demzufolge gelingen, verschiedene Institutionen für eine Kooperation zu gewinnen: Kinderpsychiatrie, Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, evtl. Selbsthilfe, Schulen etc.

Bei der psychiatrischen Versorgung der Kinder ist die zeitgleiche Behandlung der Eltern oft essenziell, ohne dass sie konsequent erfolgt. Es sind wenig gute Strukturen vorhanden, die eine derart vernetzte Behandlung ermöglichen oder unterstützen. Insofern ist es oftmals auch auf den Kinderstationen erschwert, den gewünschten Therapieerfolg zu erzielen, da i. d. R. die Mutter oder der Vater nicht mittherapiert wird.

Ein positives Beispiel zeigt das Zentrum für Familienmedizin der LWL-Universitätsklinik Hamm und des LWL-Klinikums Gütersloh. Gemeinsam betreiben beide Kliniken eine Familienambulanz, die sowohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Erwachsenenpsychiatrie mit einbindet. So werden mehrere Generationen unter einem Dach behandelt, erhalten gemeinsam Beratungsangebote, Diagnostik und Therapie.

Eine neue, innovative Form der disziplinübergreifenden Prävention, Versorgung und Forschung stellt auch die geplante gemeinsame Hochschulambulanz von Kinder- und Jugendpsychiatrie (LWL-Universitätsklinik Hamm), Erwachsenen-Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin (LWL-Uniklinikum Bochum) und Kinder- und Jugendmedizin (St. Josefs-Hospital Bochum) dar. Ein derartiger Zusammenschluss wäre bisher einzigartig in Deutschland.

Neben dem Ziel der Etablierung einer Familientagesklinik, in der sich Patientinnen und Patienten aller Altersbereiche „unter einem Dach behandeln“ lassen können, ist der Ausbau der aufsuchenden Behandlung wünschenswert. Im Sinne von Home Treatment-Angeboten könnten hier sogenannte „flying doctors“ gemeinsam mit Fachpflegerinnen und -pflegern, der Jugendhilfe, erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in die Familien gehen, die Hilfe in verschiedenen Generationen bedürfen. Es geht darum, betroffene Familien zu erreichen, auch im Sinne einer Prävention im Vorfeld manifester Störungen.



Prof. Dr. Ralph Ihl

Entwicklungsstand im Bereich der Gerontopsychiatrie

In der Gerontopsychiatrie wird die Demenz als das zentrale Krankheitsbild behandelt. Dieses bildet gleichzeitig alle anderen Zeichen der dort behandelten Krankheiten ab, denn man begegnet im Rahmen einer Demenz dem vollständigen Spektrum von Depression, Schizophrenie und aller anderen psychischen Störungen. Laut Statistik ist unter den 65-Jährigen ein Prozent, unter den 80-Jährigen 20 % unter den 90-Jährigen nahezu 50 % von Demenz betroffen. Aufgrund des demografischen Wandels ist die Tendenz steigend: Nach aktuellen Zahlen wird es bis 2050 einen Anstieg von bislang einer Million Erkrankte auf zweieinhalb Millionen geben.

Im höheren Lebensalter stellt Demenz den Hauptkostenfaktor für die Sozialsysteme dar. Hierbei sind Medikamente und Diagnostik mit jeweils etwa einem Prozent geradezu vernachlässigbar. 98 % der Kosten entfallen auf die Pflege und Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der größte Teil der Leistungen muss demnach vom ambulanten Sektor erbracht werden. Ziel ist, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen zu erhalten und ihnen Teilhabe zu ermöglichen.

Der Erstkontakt der Erkrankten findet meist bei der Hausärztin oder beim Hausarzt statt – was letztlich für viele Betroffene fatal ist, da lediglich ein geringer Teil der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner konkret für Demenzen ausgebildet ist. In Krefeld wird deshalb jeder Hausärztin und jedem Hausarzt die Möglichkeit gegeben, mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter zusammenzuarbeiten, die beziehungsweise der darauf geschult ist, Demenzerkrankten eine individuell abgestimmte Versorgung aufzubauen. Sie beziehungsweise er schafft die Verbindung zum sozialen System, zu finanziellen und rechtlichen Hilfen, zu allen regionalen Serviceleistungen oder Selbsthilfegruppen. Diese Sozialarbeiterin beziehungsweise dieser Sozialarbeiter nimmt die Funktion einer „begleitenden unabhängigen Beraterin“ beziehungsweise eines „begleitenden unabhängigen Beraters“ (BUB) wahr. Die BUB werden direkt nach Diagnose der Krankheit involviert und bleiben über den gesamten Verlauf Ansprechpartnerin beziehungsweise Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten sowie für die Angehörigen: BUB stellen eine Art „menschlicher Datenbank“ dar, die mit inhaltlicher und fachlicher Kompetenz einen optimalen Hilfemix zusammenstellt. Die Verbindung zwischen medizinischem und sozialem Bereich stellt die oder der BUB so gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Niedergelassenen Arzt-Hilfemix-Team (NAHT) vor Ort in der Praxis der Hausärztin oder des Hausarztes sicher.

Den zweiten Zugangsweg ins Hilfesystem, neben dem der niedergelassenen Ärzteschaft, bietet das Krankenhaus. Hier wurden für jede Krankenhausstation Demenzansprechpartnerinnen und -partner meist aus dem Pflegebereich geschult, die, sobald sie Hinweise auf eine Demenz erkennen, Kontakt mit der „Demenzkoordinatorin“ oder dem „Demenzkoordinator“ aufnehmen, die beziehungsweise der eine Verbindung zur Gedächtnissprechstunde oder/und zu einer beziehungsweise einem BUB herstellt und so auch hier den Zugang zum Hilfesystem schafft.

Im Grunde scheint es im ambulanten Versorgungssystem häufig ausreichend Stellen und qualifizierte Personen zu geben, die eine gute Betreuung der psychisch Kranken (wie hier der Dementen) sicher stellen könnten. So gibt es z. B. in Krefeld über alle öffentlichen, kirchlichen und privaten Träger hinweg etwa 90 Arbeitende im Sozialbereich, die mit solchen Fragen konfrontiert sind. Sie stehen ca. 120 Hausärztinnen und Hausärzten gegenüber. Jedoch mangelt es an Effizienz, da die Hilfen unzureichend koordiniert und die Beteiligten oftmals nicht über die anderen Akteure informiert sind. Ein maßgeblicher Fortschritt wäre demnach in erster Linie durch die Etablierung einer Koordination zu erwarten.



Dietmar Geissler

Psychiatrische Versorgung aus Sicht der Betroffenen

Für Betroffene gestaltet sich das Versorgungssystem oft sehr unübersichtlich. Neben den stationären und ambulanten Angeboten sind noch weitere Bereiche von großer Bedeutung, wie z. B. Selbsthilfe, Selbstmanagement, Peer-Beratung, Trialog, Recovery, neue Medien als Unterstützung und die Kompetenztherapie. Selbsthilfe und Trialog (Erfahrungsaustausch „auf Augenhöhe“ zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und Professionellen), wie z. B. bei der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), stehen hier für eine richtungsweisende Entwicklung in unserem Gesundheitssystem. Nicht Gesundheit ist das Ziel von Recovery, sondern die Abwesenheit von Krankheitssymptomen und damit Hilfe auf dem Weg zu einem geregelten Leben.

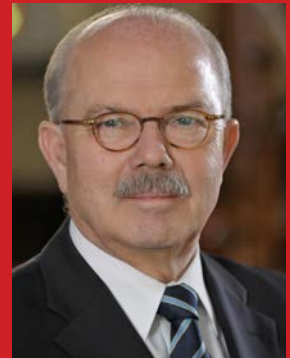
In Bezug auf das Krankheitsbild der bipolaren Störung fußt die Behandlung auf drei Säulen: Pharmakotherapie, Psychoedukation plus Psychotherapie sowie Selbsthilfe und Selbstmanagement. Selbsthilfe wird mittlerweile als ein ganz wesentlicher Teil im Umgang mit der Erkrankung gewertet, da durch die aktive Teilhabe an einer Selbsthilfegruppe das Auftreten von Phasen erheblich verzögert oder verringert werden kann.

Während Selbsthilfe in der Gruppe stattfindet, bedeutet Selbstmanagement, eigene Verantwortung für sich zu übernehmen und seinen Lebensstil den Umständen anzupassen, gerade weil eine bipolare Störung bis zum Lebensende bestehen bleibt. Eine interessante Weiterbildung für Betroffene ist die EX-IN-Ausbildung, einer von der EU geförderten Ausbildung zur Peer-Beratung: Hierbei erhalten Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung eine berufliche Weiterqualifikation. Die Betroffenen sind in Selbsthilfe und Selbstmanagement erprobt und sind in ihrer Tätigkeit als Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in der Lage, andere mit Empathie darauf hinzuweisen wie sie besser mit der Erkrankung umgehen können. Inzwischen wird die Weiterbildung in regelmäßigen Abständen in Hamburg, Bremen und Berlin durchgeführt und findet eine immer weitere Verbreitung. Viele Untersuchungen haben aufgezeigt, dass die Einbeziehung des „Expertenwissen aus Erfahrung“ zu neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren in der Psychiatrie beiträgt.

Zusammenfassung und Ausblick der Arbeitsgruppe

- Die meisten Patientinnen und Patienten und Betroffenen werden im ambulanten Bereich behandelt, so dass hier neben der umfassenden Betreuung auch niederschwellige Angebote gemacht werden müssen.
- Trotz vorhandener Ressourcen und der Erkenntnis der Notwendigkeit kommen generell die Hilfen oft nicht bei den Hilfebedürftigen an, weil die Strukturen zur Koordination der Hilfeinrichtungen nicht vorhanden sind.
- Basis für eine Verbesserung der Situation ist demnach zunächst auch die Zusammenführung von Hilfen und die Schaffung von Netzwerken. Rechtliche Rahmenbedingungen stellen dabei nicht selten eine große Barriere.
- Zielführend sein könnte der Aufbau einer einheitlichen Förderungsschiene, aus der individuell die einzelne auf die Patientin oder den Patienten abgestimmte Leistung abgerufen werden kann, ohne dass es zum Konkurrenzverhalten zwischen den Anbietern und einzelnen Kostenträgern kommt. In Zukunft wird das Einbeziehen von Erfahrungen Betroffener und der Trialog eine immer wichtigere Rolle in unserem Versorgungssystem spielen.

7. Perspektiven der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Der Mensch im Mittelpunkt



Prof. Dr. Wolfgang Gaebel

Einführung

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist durch eine Vielzahl von an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie eine komplexe Versorgungsstruktur mit einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung gekennzeichnet (Gaebel et al. 2009). Die steigende Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheits- und Sozialsysteme aufgrund psychischer Erkrankungen bei gleichzeitig steigender Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen ist gesundheits- und gesellschaftspolitisch sowie ökonomisch von großer Relevanz. Ziel ist daher die quantitativ und qualitativ adäquate Planung und Optimierung von Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen, über deren Versorgungssituation derzeit noch zu wenig Daten aus bundesweiten, repräsentativen Studien verfügbar sind. Vor diesem Hintergrund wird derzeit von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) unter Förderung der Bundesärztekammer eine Studie durchgeführt, deren vorläufige Ergebnisse für den Untersuchungszeitraum 2005 bis 2007 hier auszugsweise vorgestellt werden (Gaebel et al. 2011). Die Studie analysiert die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen, um Hinweise auf bestehende Versorgungsmängel abzuleiten und Erkenntnisse für die Optimierung der Versorgung sowie Perspektiven für die zukünftige Versorgungsplanung zu gewinnen.

Studie: „Disziplinen- und Sektoren-übergreifende Versorgungs-Analyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“

Eckdaten

- Deskriptive sektoren- und disziplinenübergreifende Auswertung der Inanspruchnahme psychisch Kranker im Gesundheitssystem – Schaffung einer bislang nicht verfügbaren umfassenden Datengrundlage,
- Routinedaten dreier Ersatzkassen (DAK, KKH-Allianz und hkk) sowie der Deutschen Rentenversicherung 2005 – 2007,
- Anonymisierte Daten von ca. zehn Millionen Versicherten,
- Fokus: Versorgungssituation von Erkrankten mit Diagnosen aus den folgenden Gruppen gemäß ICD-10-GM
 - Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0),
 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1),
 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2),
 - Affektive Störungen (F3),
 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4),
 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5).

Fragestellungen und Ziele

- Welche Patientengruppen werden von den verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitswesen versorgt?
- Wie ist das Behandlungsergebnis (z. B. Arbeitsunfähigkeitszeiten, Erwerbsminderung, stationäre Wiederaufnahmeraten)?
- Gibt es regionale Unterschiede (z. B. im Bundesländervergleich oder Stadt vs. Land)?
- Gibt es Versorgungsengpässe und -probleme (Über-, Unter-, Fehlversorgung?)
- Welche Strategien und Maßnahmen zur Optimierung können getroffen werden?

Weitere Infos unter: (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/97_visitenkarte_2011.pdf)

Ergebnisse

Diagnose-bezogene Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen durch psychisch kranke Patientinnen und Patienten

Zwischen 2005 und 2007 hatte ein Drittel der zehn Millionen Versicherten im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung (F0 bis F5) Leistungen aus dem Versorgungssystem in Anspruch genommen. Führend waren Diagnosen von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4, 28 %), gefolgt von affektiven Störungen (F3, 9 %) und Suchterkrankungen (F1, 7 %). Auffällig war, dass die meisten psychisch Kranken komorbide Störungen zeigten, d. h. sie wiesen mehrere Behandlungsdiagnosen aus den genannten diagnostischen Gruppen auf, entweder im Krankheitsverlauf oder bereits bei Erstdiagnose.

Die Behandlung psychisch kranker Patientinnen und Patienten erfolgte überwiegend ambulant (etwa 97 %), wobei 70 % der Versorgung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und somatischen Fachärztinnen und -ärzten erbracht wurde. Die übrigen 30 % der Betroffenen wurden sowohl durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner beziehungsweise durch somatische Fachärztinnen und -ärzte als auch durch eine Vertreterin beziehungsweise einen Vertreter einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologischen Berufsgruppe betreut. Nur ein geringer Prozentsatz (3 %) kontaktierte ausschließlich eine Spezialistin beziehungsweise einen Spezialisten für psychische Erkrankungen.

Etwa 6 % der 3,3 Millionen Patientinnen und Patienten wurden im Untersuchungszeitraum von drei Jahren stationär behandelt. Die stationäre Aufnahmevariante variierte dabei in Abhängigkeit von der Diagnose – die meisten Patientinnen und Patienten litten unter Störungen aus den Bereichen F2, F0 sowie F1. Ähnlich wie im ambulanten Bereich lag auch die stationäre Versorgung psychisch Kranker häufig nicht oder nicht primär in der Hand von Spezialistinnen und Spezialisten: Ein großer Teil (etwa 30 %) der Betroffenen mit der Hauptdiagnose einer psychischen Erkrankung wurde in einer somatischen Klinik oder somatischen Abteilung versorgt. Auffällig war dies etwa in Bezug auf Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung (F1), von denen zwischen 2005 und 2007 64 % der Erkrankten aus einer somatischen Fachabteilung entlassen wurden. Zudem wurde mehr als jede zweite Patientin beziehungsweise jeder zweite Patient mit einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung (F4) in einer somatischen Einrichtung behandelt. Eine Analyse nach Bundesländern ergab nur geringe Unterschiede in der Nutzungshäufigkeit der verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen, psychosomatischen oder somatischen Fachkrankenhäuser oder Fachabteilungen.

Arbeitsunfähigkeit und Berentung aufgrund psychischer Erkrankungen

Erste Auswertungen von Arbeitsunfähigkeits- und Rentendaten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zeigen, dass etwa ein Fünftel der Betroffenen aufgrund ihrer Krankheit zeitweilig arbeitsunfähig war. Die Häufigkeit variierte dabei in Abhängigkeit von der Diagnose; besonders betroffen waren Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen, somatoformen Störungen oder mit psychischer Komorbidität. In der letztgenannten Gruppe waren die meisten Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen.

Gemäß Zahlen der Deutschen Rentenversicherung nehmen psychische Erkrankungen als Indikation für eine Erwerbsminderungsrente seit Jahren zu – zwischen 2003 und 2009 hatte sich die Fallzahl verdoppelt. Mit knapp 40 % sind psychische Störungen auch die häufigste Ursache für eine Erwerbsminderung; Der Anteil orthopädischer Erkrankungen beträgt dagegen lediglich rund 15 %, der von Herz-Kreislauf-Erkrankungen etwa 10 % (Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen; Deutsche Rentenversicherung-Bund). Weitere noch ausstehende Analysen werden sich mit den Versorgungspfaden, die von einer psychischen Störung Betroffene im Gesundheitssystem wahrnehmen, beschäftigen und diese mit Parametern wie Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und Mortalität in Beziehung setzen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Vorteile der Nutzung von solchen Daten zur Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems sind ihre rasche und auf Datenträgeraustausch beruhende Verfügbarkeit, die allerdings durch datenschutzrechtliche Limitationen und eine mangelnde Zugriffsmöglichkeit der Versorgungsforschung auf solche Daten der Kranken- und Rentenversicherer begrenzt wird. Ein weiterer Vorteil – bei Einschluss einer genügend großen Anzahl von Versicherten – ist die angestrebte Repräsentativität und bundesweite Darstellung der Inanspruchnahme. Die vorläufigen Ergebnisse dieser umfassenden Versorgungsstudie bestätigen die zu erwartende hohe Inanspruchnahme-Prävalenz psychischer Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem. Dabei muss betont werden, dass es sich um Inanspruchnahme-Daten handelt. Noch wenig untersucht hinsichtlich ihres Einflusses auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ist die in unserer Studie in großer Häufigkeit festzustellende Komorbidität mehrerer psychischer und/oder somatischer Störungen.

Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner übernehmen einen großen Teil der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland, so dass einer optimalen Fortbildung der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in der Erkennung und Therapie psychischer Störungen eine wichtige Rolle zukommt. Im Rahmen eines von der Ärztekammer Nordrhein unterstützten Pilotprojektes entwickelt und erprobt die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität derzeit ein neues Fortbildungscurriculum für Hausärztinnen und Hausärzte, um hier ergänzend zur „Psy-

chosomatischen Grundversorgung“ Kenntnisse der speziellen Diagnostik und Therapie psychischer Störungen für die Hausarzt-Praxis vertiefend zu vermitteln.

Die Studie zeigt einen hohen Grad an nicht-fachärztlich psychiatrischer oder psychosomatischer Versorgung im stationären Versorgungsbereich. Inwiefern hier bereits konsiliarpsychiatrische Tätigkeit in einem dem Bedarf angemessenen Umfang erfolgt, erscheint früheren Studien folgend eher fraglich (Grubich et al. 2007).

Die Analysen zur Berentung und Arbeitsunfähigkeit bestätigen die bereits aus Analysen des Deutschen Rentenversicherung-Bunds sowie der Krankenkassen bekannten hohen Raten an vorübergehender oder dauernder Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben, die sich aufgrund von psychischen Störungen ergeben. Eine wichtige Frage, die sich hier anschließt, ist die nach einer Verbesserung des „return to work“ bei psychisch Kranken, sowohl hinsichtlich der Rückkehrerrate als auch der dauerhaften Wiedereingliederung in die Arbeitswelt nach – oder trotz – einer psychischen Störung. Der „return to work“ unterliegt nicht nur diagnose- oder erkrankungsspezifischen Faktoren, sondern auch Aspekten des individuellen Copings der Betroffenen sowie der psychosozialen Unterstützung. Andere „Ergebnisparameter“ wie z. B. die Symptomschwere oder das „Funktionsniveau“ stehen in Routinedaten der Krankenversicherung nicht zur Verfügung. Auch kann nicht untersucht werden, ob die Versorgung „bedarfsgerecht“, z. B. in angemessener Dauer und Intensität, erbracht wurde. Zukünftig werden sich aufgrund der geplanten Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen neue Perspektiven für eine bessere Abbildung der Prozesse und Ergebnisse der Versorgung bei psychischen Störungen ergeben. Die DGPPN hat mit einem Projekt zur Entwicklung von Prozessindikatoren für vier häufige psychische Störungen (Depression, Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, Demenz) Sets von Qualitätsindikatoren vorgelegt (Zielasek et al. 2012).

Die hier vorgestellte Studie erfasst einen großen Anteil der Bevölkerung für einen längeren Zeitraum und kann Ausgangsdaten für den Zeitraum vor der Einführung des psychiatrisch-psychosomatischen Entgeltsystems liefern.

Perspektive: Der Mensch im Mittelpunkt

Die hier dargestellten Studienergebnisse stellen die Herausforderungen für eine Psychiatrie dar, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt: Die hohe Inanspruchnahmerate und die häufig chronische Natur psychischer Störungen sowie die medizinischen und sozialen Folgen müssen als Gesamtheit beim von einer psychischen Störung betroffenen Menschen gesehen werden. Dies setzt voraus, dass auch die Therapie aus Angeboten im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich bestehen sollte, um für die verschiedenen Erkrankungsphasen und die unterschiedlichen Erkrankungsschweregrade adaptierte Therapiemöglichkeiten anbieten zu können. Diese Vielfalt des therapeutischen Angebotes bringt die Problematik einer mangelnden Koordination im Gesundheitswesen mit sich, außerdem ist noch unklar, welche Zusammensetzung aus stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsangeboten die beste ist. Die Vernetzung der ambulanten wie (teil)stationären Anbieter therapeutischer Leistungen in einer Region im Sinne einer Integrierten Versorgung bietet potenziell die beste Basis einer bedarfsgerechten, flexiblen, hochwertigen, kontinuierlichen und dabei kosteneffizienten Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten. Diese Integrations- und Kooperationsoptionen auszubauen wird eine wichtige künftige Aufgabe sein. Der Ausbau gemeindepsychiatrischer, insbesondere aufsuchender Hilfsangebote für chronisch oder schwer Kranke ist hier sicher ein wichtiger Baustein, wobei den gemeindepsychiatrischen Diensten mehr Verantwortung und mehr finanzielle Mittel für die Sicherstellung einer verbindlichen Zusammenarbeit der Versorger zukommen sollten. Andererseits müssen niedrigschwellige Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten ausgebaut werden, die leichter Betroffenen einen möglichst raschen Zugang ermöglichen sollten. Doppelläufige (psychiatrische und psychosomatische) Systementwicklungen sollten eher gemieden werden, hier sind Kooperation und Koordination in besonderem Maße gefragt. Für die spezialisierte Versorgung werden auch künftig Zentren für psychische Gesundheit zur Verfügung stehen müssen, die spezielle Therapieangebote vorhalten und eng mit den sektorbezogenen Versorgern kooperieren. Nur so wird es möglich sein, eine dem individuellen Bedarf der Betroffenen angemessene und gut koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen langfristig si-

cherzustellen. Ferner sind weitere Forschungsanstrengungen erforderlich, die einerseits die Ursachen-
aufklärung psychischer Störungen zum Ziel haben sollten, andererseits die Versorgungsforschung im
Bereich psychischer Störungen betreffen müssten, um nicht nur die Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen zu dokumentieren, sondern auch innovative, die Kooperation und Koordination der Versorgungserbringer optimierende Versorgungsmodelle untersuchen und in entsprechenden Modellprojekten fördern zu können.

Referenzen

Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S, Fritze J. Patienten mit psychischen Störungen: Oft am Spezialisten vorbei. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: A1477-A1478

Gaebel W, Janssen B, Zielasek J. Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. Current Opinion in Psychiatry 2009; 22: 636-642

Grubich C, Kratz T, Diefenbacher A. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 2007; 75: 242–249

Zielasek J, Großimlinghaus I, Janssen B, Wobrock T, Falkai P, Reich-Erkelenz D, Riesbeck M, Gaebel W. Die Rolle von Qualitätsindikatoren in der psychiatrischen Qualitätssicherung und aktueller Stand der Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Die Psychiatrie 2012; 9: 46-52

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon: 0521 8007-0
Telefax: 0521 8007-3200
poststelle@lzg.gc.nrw.de
www.lzg.gc.nrw.de

