

25 Jahre Psychiatrie-Enquete

Band 2

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE



25 Jahre Psychiatrie-Enquete

Band 2

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Dieses Buch ist Herrn Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Vorsitzender der Kommission der Psychiatrie-Enquete von 1971 bis 1975, Vorsitzender der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie von 1981 bis 1985 und stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE von 1972 bis 1992, aus Anlass seines 80. Geburtstages am 12. November 2001 in Dankbarkeit gewidmet.

Regina Schmidt-Zadel
Vorsitzende AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 27

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Die deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
25 Jahre Psychiatrie-Enquete / Aktion Psychisch Kranke (Hg.). -
Bonn : Psychiatrie-Verl.
ISBN 3-88414-311-5
1 . - (2001)
2 . - (2001)

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2001
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.
Redaktion: Beate Kubny-Lüke, Bonn
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln
Satz: Marina Broll, Dortmund
Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee

Männer, Frauen und die Lesbarkeit von Texten

Redaktionelle Vorbemerkung zur Schreibweise

Es ist eine besondere Herausforderung bei der redaktionellen Bearbeitung eines Textes, Frauen und Männer gleichermaßen zu berücksichtigen, ohne dass die Lesbarkeit des Textes beeinträchtigt wird. Das Bemühen, bei der Formulierung durchgängig eine zweigeschlechtliche Schreibweise zu wählen, findet in aller Regel spätestens dann ein Ende, wenn das Lesen des Textes durch unterschiedliche Pronomina, Adjektive usw. sehr erschwert wird, z.B.: »Wie oft sieht die Patientin/der Patient ihre(n)/seine(n) Bezugstherapeut/-therapeutin.«

Auch die gemäß dem Duden konsequente Berücksichtigung von männlicher und weiblicher Form führt nicht gerade zu einer verbesserten Lesbarkeit, wie z.B.: »Aufgabe des multiprofessionellen Teams – in dem Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Sozialarbeiter/-arbeiterin, Krankenschwester/-pfleger zusammenwirken – ist die ambulante Behandlung und Begleitung von Patienten und Patientinnen.«

Um nun Lesern und Leserinnen derartige Belastungen zu ersparen, finden sich teilweise Vorbemerkungen wie: »Wenn im Folgenden nicht immer alle Berufe, Funktionen und Rollen in beiden Geschlechtern aufgeführt werden, soll damit weder die Bedeutung eines Geschlechts herab- noch heraufgesetzt werden, dieses Verfahren soll lediglich die Lesbarkeit des Textes erleichtern.«

In der Regel läuft »dieses Verfahren« bislang darauf hinaus, dass ausschließlich die männliche Form verwendet und darauf hingewiesen wird, dass hiermit selbstverständlich auch Frauen mitgemeint sind. Dies ist für viele Frauen heute so nicht mehr akzeptabel. Sie fordern eine sprachliche Repräsentanz, bei der Frauen in der »Muttersprache« vorkommen und nicht nur »mitgemeint« sind.

Für diese Kongressdokumentation wurde von daher ein besonderes Vorgehen gewählt: In den Fällen, in denen eine zweigeschlechtliche Formulierung nicht ohne »Beeinträchtigung der Lesbarkeit« möglich ist, wurde die weibliche Form gewählt, da es interessant schien nachzuspüren, wie der gelegentliche sprachliche Ausschluss von Männern – die aber selbstverständlich auch hier mitgemeint sind – in diesem Band bei uns Allen ankommt.

Die Verwirklichung dieses Vorgehens geschah in Zusammenarbeit mit den Autorinnen und Autoren und führte zu regen Diskussionen, Stellungnahmen und Lösungsvorschlägen. Die Beiträge wurden letztendlich in der Weise redaktionell bearbeitet, die die Autorin bzw. der Autor wünschten. Die Leserin bzw. der Leser findet von daher unterschiedliche Schreibweisen in den verschiedenen Beiträgen: den Vorrang der weiblichen Form und/oder die zweigeschlechtliche Formulierung, in einem Beitrag die Verwendung des Binnen-Is (z.B. PatientInnen) und in manchen Beiträgen den Vorrang der männlichen Schreibweise. Dabei haben wir uns jeweils um Konsequenz bemüht.

Die skizzierten Probleme können zweifellos auch hier nicht gelöst werden. Die Leserinnen und Leser werden jedoch gebeten, unser Vorgehen, als einen Beitrag zur Stärkung des Problembewusstseins, auf sich wirken zu lassen.

Inhaltsverzeichnis

Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform

Themenbereich III: Kontroverse Perspektiven

Vom Streit um Spezialisierung und Regionalisierung Wege aus der Blockierung <i>Michael von Cranach</i>	14
Wen hat die Psychiatrie-Reform vergessen, verdrängt, verschoben...? <i>Arnd Schwendy</i>	29
Wie viel Psychiatrie soll, muss, darf sein? <i>Klaus Dörner</i>	44

Perspektiven der psychiatrischen Krankenbehandlung

Einleitung <i>Heinrich Kunze</i>	52
Sozialrechtliche Voraussetzungen und Perspektiven: Die Behandlungsleistungen der verschiedenen Professionen in der psychiatrischen Klinik sind grundsätzlich jetzt auch ambulant realisierbar <i>Jürgen Fritze</i>	54
Perspektiven der psychiatrischen Krankenbehandlung aus Sicht einer niedergelassenen Nervenärztin <i>Claudia Kramer</i>	64
Die psychiatrische Klinik: Von bettenzentrierten Stationen zu flexiblen personenzentrierten Behandlungsprozessen <i>Heinrich Kunze</i>	70
Die psychiatrische Krankenbehandlung auf dem Weg zur Patientinnen- und Patientenorientierung <i>Peter Auerbach</i>	74

**Die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte
in der psychiatrischen Versorgung**

Einleitung <i>Henning Saß</i>	77
Zur Situation der Hausärztinnen und -ärzte <i>Waltraut Kruse</i>	78
Über die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte bei der psychiatrischen Versorgung <i>Sybille Schreckling</i>	88
Die Rolle der Hausärzte in der psychiatrischen Versorgung in England <i>Stefan Priebe und Maria Vidal</i>	91

Grenzen der Enthospitalisierung

Einleitung <i>Ingmar Steinhart</i>	99
Das Berliner Weglaufhaus – ein Angebot zur Ent-Psychiatisierung <i>Stefan Bräunling</i>	103
Rheinische Kliniken Bedburg-Hau: Enthospitalisierung und die Zukunft der Langzeitbereiche <i>Elmar Spancken</i>	111

**Psychiatrie und Psychosomatik – eigener
Fachbereich oder integraler Bestandteil
von Somatik und Psychiatrie?**

Einleitung <i>Matthias Berger</i>	124
Das dreigliedrige System der psychosomatischen Versorgung <i>Karin Bell</i>	125
Die Zukunft liegt in der Zusammenarbeit von Psychosomatik und Psychiatrie <i>Christa Roth-Sackenheim</i>	130

Gerontopsychiatrie und Altenhilfe

Einleitung <i>Andreas Crome</i>	131
Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten <i>Klaus Nible</i>	133
Die Versorgung von alten Menschen mit psychischen Störungen – Herausforderungen und Probleme <i>Dirk K. Wolter-Henseler</i>	148

**Wer ist für die geschlossene Unterbringung
von Kindern und Jugendlichen zuständig?**

Einleitung <i>Helga Schmidt-Nieraese</i>	157
Wer ist für die geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig? – Eine Problemfeldbeschreibung <i>Joachim Jungmann</i>	158
Erfahrungen mit der Frage nach der geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg <i>Charlotte Köttgen</i>	164
Wer ist aus Sicht der Jugendhilfe für die geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig? <i>Helga Schmidt-Nieraese</i>	178

Suchtkrankenhilfe und Primärversorgung

Einleitung <i>Niels Pörksen</i>	180
Suchtkrankenhilfe und medizinische Primärversorgung <i>Georg Kremer</i>	182
Suchtkrankenhilfe und Primärversorgung – Zur Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker <i>Eckhard Sundermann</i>	190

Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung

Einleitung

Peter Kruckenberg 193

Zukunft des Gesundheitswesens: Angebotsorientierte
Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung?

Martin Pfaff 195

Gesundheitssystem heute – Angebotsorientierte
Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung?

Gerd Glaeske 204

Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung
bei der Erbringung personenzentrierter Komplexleistungsprogramme
für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen

Peter Kruckenberg 221

Psychiatrie im europäischen Vergleich

Die Psychiatrie-Enquete im europäischen Vergleich

Manfred Bauer und Thomas Becker 235

Psychiatrie in Europa – Probleme, Fortschritte und Herausforderungen

Wolfgang Rutz 241

Über die Unmöglichkeit der Psychiatrie-Betroffenen-Position

Iris Hölling 255

Europäische Perspektiven – Aus Sicht der Familien

Ursula Brand 265

Die europäische Perspektive psychiatrischer Reformen

Thomas Becker und José Luis Vázquez-Barquero 276

Psychiatrie-Reform in Osteuropa

Toma Tomov 291

Die Psychiatrie-Reform in Russland

Boris Poloshij und Irina Saposhnikowa 305

Die italienische Psychiatrie-Reform über 20 Jahre später

Lorenzo Burti 320

Psychiatrische Gesundheitsversorgung in Großbritannien

Sonia Johnson, Martin Zinkler und Stefan Priebe 334

Schlussbemerkungen: Wertebestimmte Gesundheitsversorgung –
eine Plattform für eine gesamteuropäische Gesundheitspolitik

Wulf Rössler 355

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Veröffentlichungen und Informationstagungen
der AKTION PSYCHISCH KRANKE

365

Zur Einführung

In »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« Band 2 werden die Beiträge des *Themenbereiches III: Kontroverse Perspektiven* und des *Internationalen Symposiums: Psychiatrie im europäischen Vergleich* veröffentlicht. Sie wurden anlässlich des Kongresses »25 Jahre Psychiatrie-Enquete – Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform« vorgetragen. Der Kongress wurde von der AKTION PSYCHISCH KRANKE gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK), dem Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (BEB), dem Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), der Psychiatrie in der Caritas (PIC) und dem Vormundschaftsgerichttag vom 22. November bis 23. November 2000 in Bonn/Bad Godesberg veranstaltet.

Die Durchführung des Kongresses wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Das parallel stattfindende internationale Symposium »Psychiatrie im europäischen Vergleich« wurde von der WHO gefördert und fand im Rahmen des Kooperationsprogrammes der WHO mit der Bundesrepublik Deutschland statt.

In Band 1 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« können zum einen die Reden des Festaktes »Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform«, der am 21. November 2000 im Wasserwerk (ehemaliger Plenarsaal des Deutschen Bundestages) in Bonn stattfand, und zum anderen die Grußworte, Vorträge und Symposien des Kongresses »25 Jahre Psychiatrie-Enquete – Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform« zu *Themenbereich I: Kernpunkte der Psychiatrie-Reform* und *Themenbereich II: Entwicklungslinien* nachgelesen werden.

**Entwicklungslinien und
Perspektiven der
Psychiatrie-Reform**

Themenbereich III: Kontroverse Perspektiven

Vom Streit um Spezialisierung und Regionalisierung Wege aus der Blockierung

Michael von Cranach

Einleitung

Wie im Titel deutlich hervorgehoben, streiten wir uns in der Psychiatrie. Dieser Streit hat viele Namen: Spezialisierung versus Regionalisierung, Abteilung versus Fachkrankenhaus, einstufiges versus zweistufiges Versorgungssystem, dabei geht es immer um dasselbe und zwar um die Beantwortung der Frage: Wo soll künftig die stationäre psychiatrische Behandlung stattfinden? Oder auch in anderen Worten: Welche Aufgaben haben in Zukunft die mittlerweile sanierten, verkleinerten und professionalisierten Fachkrankenhäuser? Diese Frage beschäftigt die Psychiatrie schon immer. Doch ich will mich hier auf die kontroverse Auseinandersetzung mit diesem Thema seit Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete bis heute beschränken. In diesen 25 Jahren ist der kontroverse Diskurs sehr unterschiedlich geführt worden, teilweise konstruktiv-kritisch, zeitweise in Form kränkender, unsachlicher Streitigkeiten. Ich werde in meinem Vortrag versuchen, der Thematik in Form folgender Gliederung gerecht zu werden:

- Geschichtliche Entwicklung der Auseinandersetzung
- Die Kontroverse: fachliche Argumente
- Wer trifft (wann und wie?) gesundheitspolitische Entscheidungen in der Bundesrepublik
- Wege aus der Blockierung

Bevor ich aber auf diese Punkte eingehe, muss ich eine wichtige Vorbemerkung machen. Die Auseinandersetzung geht quer durch uns.

Zwischenzeitlich gibt es 160 psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, die fast die Hälfte aller stationär-psychiatrischen Behandlungen durchführen, auf der anderen Seite sind noch alle Fachkrankenhäuser, bis auf Merzig, in Betrieb – modernisiert, verkleinert, professionalisiert, voll funktionsfähig. Keiner von uns, der in einem dieser beiden Settings arbeitet, hat sich aus dieser Kontroverse herausgehalten und kann daher objektiv mit der nötigen Distanz die Argumente abwägen. Deshalb erscheint es mir wichtig, dass ich auch von vornherein meine eigene Position darlege, damit Sie das von mir Gesagte entsprechend gewichten und abwägen. Ich bin seit 20 Jahren Leiter eines wie eben beschrieben, modernisierten Fachkrankenhauses. Dabei sind aber im Einzugsgebiet des Krankenhauses regionale vollversorgende Abteilungen entstanden, eine davon habe ich 2 Jahre lang mitgeleitet. Diese Erfahrung hat meine nun folgende Argumentation wesentlich beeinflusst und ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass langfristig die stationäre psychiatrische Versorgung einstufig am allgemeinen Krankenhaus als eine Abteilung unter anderen stattfinden wird. Ich hoffe, dass jetzt nicht die Hälfte von Ihnen die Antennen einzieht.

Geschichtliche Entwicklung der Kontroverse

Nun zur Kontroverse selbst: Der 1975 erschienene Enquete-Bericht zur Lage der Psychiatrie äußert sich zu diesem Thema auffällig ambivalent und ungenau. »Die Sachverständigenkommission empfiehlt, psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern zu errichten, wo immer dies möglich ist. (...) Als Richtgröße empfiehlt die Sachverständigenkommission rund 200 Betten.« (S. 216) »Es ist klar, daß die bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser in öffentlicher oder freier Trägerschaft bei realistische Beurteilung auch weiterhin einen wesentlichen Teil der stationären Versorgungsleistung zu erbringen haben werden. Mit der zunehmenden Verlagerung stationärer psychiatrischer Versorgung in Gemeindenähe und an das allgemeine Krankenhaus wird ferner zu prüfen sein, ob besonders ungünstig gelegene und strukturierte psychiatrische Krankenhäuser unter der Voraussetzung, daß der Bedarf anderweitig voll abgedeckt ist (...) aus der Standardversorgung herausgenommen werden können.« (S. 217) Der Hintergrund dieser im Vergleich mit anderen Empfehlungen der Expertenkommission vagen Aussage

wird erkennbar beim Lesen des Sondervotums von Herrn Häfner. Häfner plädiert für ein zweistufiges System, ich zitiere: »Der Vorschlag der Kommission, den neuen psychiatrischen Behandlungszentren bzw. den psychiatrischen Abteilungen wiederum alle Versorgungsaufgaben in einer Stufe zusammengefasst aufzuerlegen, ist das Ergebnis eines mühevoll erreichten Kompromisses zwischen weit auseinander liegenden Auffassungen in der Kommission. Ein gemeinsames Ziel war dabei das Bemühen eine Schlechterstellung chronisch Kranker zu vermeiden. Gegen diesen Kompromiss sind schwerwiegende Bedenken zu erheben. Die Unterbringung chronisch Kranker in neuen, kleineren Einrichtungen garantiert noch keineswegs eine bessere Versorgung. Es besteht sogar die Gefahr, daß kleine Gruppen Kranker, die einer besonders intensiven Behandlung bedürfen, in solchen kleinen Einheitskrankenhäusern mit großer Aufgabenvielfalt vernachlässigt werden müssen.« (S. 415)

Diese »weit auseinander liegenden Auffassungen« bestimmen bis heute die Auseinandersetzung. Der 13 Jahre später erschienene Bericht der Expertenkommission spricht sich für eine einstufige Lösung aus. Ich zitiere: »Die klinisch-stationäre Psychiatrie ist in die allgemeine Krankenhausversorgung zu integrieren. Zur Verwirklichung dieses Zieles gibt es zwei Wege:

- Psychiatrische Abteilungen am allgemeinen Krankenhaus sollen vermehrt aufgebaut werden, die die regionale Vollversorgung (.....) übernehmen.
- Die Entwicklung psychiatrischer Krankenhäuser soll konsequent weitergeführt werden zum Aufbau von wohnortnahen Außenstellen an allgemeinen Krankenhäusern, die die Versorgungsverpflichtung für eine definierte Bevölkerung übernehmen und schließlich auch in die Trägerschaft von Allgemeinkrankenhäusern überführt werden.« (S. 292)

Die Expertenkommission hat die Konsequenzen dieses Vorschlages nicht weitergedacht bzw. nicht in schriftlicher Form. Sie äußert sich nicht dazu, was aus den psychiatrischen Fachkrankenhäusern werden soll, wenn durch Neugründung von Abteilungen oder sich verselbstständigten Außenstellen ein flächendeckendes Netz stationärer Behandlungsmöglichkeiten am allgemeinen Krankenhaus entstanden ist. Der Streit ging weiter, spitzte sich derart zu, dass die Leiter psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern

aus der so genannten Bundesdirektorenkonferenz auszogen und eine eigene Gruppierung aufbauten, sodass die Leiter psychiatrischer Fachkrankenhäuser nun unter sich waren. Eine gemeinsame Diskussionsbasis ging verloren. Einen weiteren traurigen Höhepunkt erreichte die Auseinandersetzung als unmittelbar kurz nach der Wende gemischt besetzte Kommissionen die neuen Bundesländer aufsuchten, um die Bundesregierung zu beraten bei der Neuordnung der Psychiatrie in diesem Teil des Landes. Befürworter der Abteilungspsychiatrie waren enttäuscht, dass die Gelegenheit nicht genutzt wurde, die stationäre Versorgung von Grund auf neu zu strukturieren und die Anhänger des Fachkrankenhauses waren enttäuscht, dass nicht genug Mittel in den grundsätzlichen Aufbau der Fachkrankenhäuser gesteckt wurde. Das Ergebnis ist uns allen bekannt. In einem Zeitraffertempo von 10 Jahren ist die Situation, was diese Kontroverse angeht, in den neuen Bundesländern mittlerweile ähnlich wie in den alten Bundesländern. 1989 kam es zu Gründung einer neuen Zeitschrift »Krankenhauspsychiatrie« durch Vertreter der Fachkrankenhausedirektoren, die auch das offizielle Mitteilungsblatt dieser Gruppierung ist, in der vornehmlich die Sichtweise der Fachkrankenhäuser veröffentlicht wird, während die Abteilungen ihre Anliegen am ehesten in der »Psychiatrischen Praxis« veröffentlichten. 1999 veröffentlichte ein Arbeitskreis der Krankenhausleitungen psychiatrischer Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland ein »Profil psychiatrischer Kliniken.« Zu diesem Arbeitskreis gehörte die Bundesdirektorenkonferenz, also die Vertreter der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, die Verwaltungsdirektoren der Fachkrankenhäuser und die Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie. In diesem Papier schlägt die Arbeitsgruppe ein zweistufiges stationäres Versorgungsmodell vor. Er unterscheidet eine *wohnortnahe Grundversorgung*, die von einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder auch vom mittlerweile regional arbeitenden verkleinerten Fachkrankenhaus angeboten werden kann von einer *Schwerpunktversorgung* für bestimmte Zielgruppen. Diese Schwerpunktversorgung soll ebenfalls im psychiatrischen Fachkrankenhaus angeboten werden. Als Beispiele werden aufgeführt: stationäre Psychotherapie, Komorbidität von Psychose und Sucht, Entgiftung von Drogenabhängigen, psychisch kranke geistig Behinderte, störungs- bzw. -methodenbezogene Spezialangebote. Die Antwort ließ nicht lan-

ge auf sich warten. Kurz darauf veröffentlichte der ARBEITSKREIS DER CHEFÄRZTE UND CHEFÄRZTINNEN VON KLINIKEN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE AN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN (2000) in der Bundesrepublik Deutschland ein eigenes Positionspapier mit dem Titel »Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie«. In diesem Papier formuliert der Arbeitskreis folgenden Ausblick:

1. Die grundsätzliche und einstufige Reintegration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin
2. Die noch stärkere Integration der Klinik in das regionale Versorgungsnetz (»Die psychiatrische Klinik selbst gerät dabei an den Rand des Geschehens, sie wird Teil eines gemeindepsychiatrischen Verbundes und verliert ihre dominierende Stellung in der Versorgung.«)
3. Die Vormachtstellung der ambulanten und personenbezogenen Behandlung.

Sie schreiben wörtlich »Es ist selbstverständlich, dass in einer Übergangszeit und so lange noch psychiatrische Fachkrankenhäuser existieren, regionale Absprachen zwischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern bezüglich der Behandlung einzelner Patienten getroffen werden können.«

Dieses Positionspapier bekommt durch zwei Dinge eine besondere Bedeutung:

1. Es führt zum ersten Mal alle in der Vergangenheit vereinzelt aufgeführten fachlichen Argumente auf.
2. Das Papier nennt, auch hier zum ersten Mal, systematisch eine ganze Reihe von Faktoren, die diese Diskussion beeinflussen und nicht professioneller Natur sind.

Auf diese professionellen und nichtprofessionellen Argumente gehe ich später ausführlich ein. Dieses Positionspapier löste eine erstaunlich emotionale Reaktion der Bundesdirektorenkonferenz hervor. Ich zitiere: »Ärgerlich ist aber die Tendenz des Papiers, in polemischem Ton einen Antagonismus Fachkrankenabteilung am Allgemeinkrankenhaus aufzubauen und abstruse Schlüsse zu ziehen. Die kleine regionale Abteilung wird als *Hauptverhandlungsplatz* bezeichnet. Wir sehen keinen Vorteil in einer ausschließlich kleinräumig organisierten *Barfußpsychiatrie*.« Liest man über diese emotionale Äußerung hinweg, so lässt sich jedoch feststellen, dass fast alle Argumente der Ab-

teilungen von den Fachkrankenhäusern anerkannt werden bis auf das eine: »Hier ergibt sich der einzig ernst zu nehmende fachliche Dissens: Das Prinzip der inneren Differenzierung und Spezialisierung stationärer und teilstationärer psychiatrischer Versorgung. Dieses Argument ist für die Fachkrankenhäuser das tragende Argument zur Forderung nach einer zweistufigen Grund- und Schwerpunktversorgung in Abteilung bzw. Fachkrankenhaus.« (WEIG, WOLFERSDORF 2000) Das zur Geschichte.

Die Kontroverse: Fachliche Argumente

Wenden wir uns jetzt den Argumenten zu, die die Kontrahenten der Kontroverse hervorbringen. Am deutlichsten haben die Abteilungsleiter und -leiterinnen ihre Argumente in ihrem Positionspapier dargestellt. Die Patientin, die durch die selbe Tür wie der körperlich kranke Mensch das Krankenhaus betritt, fühle sich und werde weniger stigmatisiert als die, die ins psychiatrische Fachkrankenhaus geht. Die vollversorgende Abteilung mit einem überschaubaren Pflichtversorgungsgebiet schafft mehr Gemeindenähe. Dies wiederum führt zu einer verbesserten Inanspruchnahme durch die schnelle Erreichbarkeit, zu einer verbesserten Kontinuität der Behandlung sowie zu einem rascheren Aufbau und einer verbesserten Koordination der extramuralen Infrastruktur. Psychisch Kranke sind häufig multimorbid erkrankt, die Nähe zu den somatischen Disziplinen verbessert ihre Behandlungsmöglichkeiten. Aus dem alten Konsiliardienst entsteht ein intensiver Liaisondienst. Chronisch Kranke können gezielter und individualisierender gemeindenah betreut werden. Durch die Anbindung an das somatische Krankenhaus ist die wirtschaftliche Existenzfähigkeit gesichert und die Form der Krankenhausbehandlung als solche ökonomischer als die Behandlung im Fachkrankenhaus, wie die Berliner Untersuchung von SCHEYTT, KAISER, PRIEBE (1996) zeigt. Die Liegezeiten sind kürzer, die Verwirklichung des personenzentrierten Ansatzes leichter zu erreichen. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung der Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter, der Klinikleiterin und des Klinikleiters bis zu allen Berufsgruppen, verändere sich, kollegiale Anerkennung und Kontrolle verändern das psychiatrische Handeln. So weit die Argumente der Abteilungsbefürworter. Die Befürworter des Fachkrankenhauses leugnen die Kraft dieser Argumente keineswegs, stellen

jedoch fest, dass sie ausnahmslos auch auf die völlig veränderten, verkleinerten und professionalisierten Fachkrankenhäuser zutreffen. Die Aufnahme in einem Fachkrankenhaus sei nicht mehr so stigmatisierend, was sich durch die erhöhte Akzeptanz zeige, die Einzugsbereiche seien kleiner geworden und damit die Krankenhäuser gemeindenäher, bei den verbesserten Verkehrsbedingungen sei die Erreichbarkeit kein Problem. Auch die Fachkrankenhäuser haben in der Regel eine beachtliche extramurale Infrastruktur um sich herum geschaffen, die Kontakte zu den somatischen Krankenhäusern seien gut. Chronisch Kranke können besonders intensiv behandelt werden, die Liegezeiten nähern sich denen von Abteilungen an usw. Auch wenn wir häufig klagen, so muss man doch feststellen, dass es mittlerweile eine beachtliche evaluative Tätigkeit in der Bundesrepublik gibt und dass wir für die meisten der hier aufgeführten Argumente oder Behauptungen eine beachtliche wissenschaftlich fundierte Evidenz besitzen. Es ist hier nicht der Platz, diese darzulegen. Ganz global würde ich sagen, und ich weiß, dass das sehr subjektiv ist, dass die Evaluationsforschung zeigt, dass die Fachkrankenhäuser dahingehend Recht haben, dass sich bei den bisher besprochenen Argumenten in ihren Häusern vieles geändert hat, dass jedoch insgesamt die Abteilungen ein Stück die Nase vorn haben. Der eigentliche Dissens betrifft ein ganz anderes Argument der Fachkrankenhäuser.

Der Zuwachs an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie macht es erforderlich, dass in einem zweistufigen System die Fachkrankenhäuser überregional störungsspezifische stationäre Behandlungssettings für Patientinnen und Patienten, die vor Ort nicht in dieser Weise behandeln werden können, vorhalten. Das Fach Psychiatrie habe sich so ausgeweitet, dass die Subspezialisierung der Psychiatrie in Geronto-, Sucht- und Allgemeinpsychiatrie erforderlich sei, ja sogar innerhalb der Subspezialisierungen gäbe es störungsspezifische Behandlungsmethoden, die nur von speziell ausgebildeten und lange zusammenarbeitenden Teams durchzuführen seien. Eine Aufgabe dieses Behandlungsangebotes würde nicht nur die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten verschlechtern, sondern das Fach insgesamt verarmen lassen. Die Befürworter der Abteilung leugnen die Bedeutung von gruppen- und störungsspezifischen Behandlungsangeboten nicht, sind jedoch der Meinung, dass diese auch in den

Abteilungen gemeindenah durchgeführt werden, offen für alle, unabhängig, ob die Patientin/der Patient sich zu Hause oder im Krankenhaus befindet. Sie meinen auch, dass in einem regionalen Setting genug multiprofessionelle psychiatrische Kompetenz vorhanden ist, um den Anforderungen an die neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gerecht zu werden. Dieses Argument ist schwerer mit epidemiologisch evaluativen Methoden zu untersuchen. Die Tatsache, dass die vollversorgenden Abteilungen in der Regel keine Patientinnen und Patienten in die Fachkrankenhäuser zur spezialisierten Behandlung überweisen, gibt ihnen vordergründig recht. Aber behandeln die Abteilungen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vorbei? Ist das stationäre störungsspezifische Setting essenziell für die Wirksamkeit der neuen therapeutischen Ansätze, die übrigens meistens in einem ambulanten Setting evaluiert wurden? Ich glaube nicht, dass sich diese Fragen so leicht durch Forschung beantworten lassen. Auch wenn wir Forschungsergebnisse hätten und manche haben wir schon, die in die eine oder andere Richtung hinweisen, so bleibt dann immer noch die Frage offen, wie gewichtet man dieses Argument im Konzert mit den anderen vorgebrachten Argumenten. Ich komme zu einer ersten Schlussfolgerung: Evaluative Forschung ist dringend notwendig, wird aber nicht die ausschlaggebende Rolle spielen bei der Entscheidung, wohin sich unsere Psychiatrie entwickelt. Da reden andere Faktoren gehörig mit. Schauen wir uns diese etwas näher an.

Entscheidungsbeteiligte

Psychiatrische Fachkrankenhäuser sind mit Ausnahme der Stadtstaaten nicht in kommunaler Trägerschaft. In manchen Bundesländern unterstehen sie direkt dem Gesundheitsministerien, in anderen Bundesländern eigenen gewählten oder demokratisch legitimierten Körperschaften, Bezirke, Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände usw. Für letztere Träger ist die Vorhaltung und Gestaltung der psychiatrischen Versorgung eine besondere und sinnstiftende Aufgabe. Sie haben viel Geld und Kraft in die Reform der Fachkrankenhäuser investiert und befürchten, dass eine allzu starke Regionalisierung und Integrierung der stationären Versorgung in das allgemeine Krankenhaus ihre Trägerschaft in Frage stellen könnte. Nachdem diese Körperschaften, besonders in Nordrhein-Westfalen

und in Bayern von den Landesregierungen stark in Frage gestellt wurden und ihre Abschaffung diskutiert wurde, ist ihre Verantwortung für die stationäre psychiatrische Versorgung eines ihrer wichtigsten Argumente, um die Abschaffung zu verhindern. Jeder Versuch der Regionalisierung der stationären Versorgung muss diese Interessenslage berücksichtigen. In Bayern hat man dahingehend eine Lösung gefunden, dass die Bezirke in Form von Zweckverbänden oder durch Verträge mit den entsprechenden Kommunen weiterhin Träger der integrierten Abteilungen am allgemeinen Krankenhaus bleiben. Die Träger psychiatrischer Krankenhäuser haben aber noch einen weiteren Konflikt. Regionalisierung, Enthospitalisierung und Ambulantisierung der Psychiatrie haben viele Fachkrankenhäuser an die Grenze ihrer Wirtschaftlichkeit gebracht bzw. diese schon überschritten. Die Träger sind in dieser Situation allein gelassen und wehren sich auch aus diesen Gründen, eine weitere Regionalisierung zuzulassen.

Die *Krankenkassen* haben bisher an diesem Prozess der Reform der stationären psychiatrischen Versorgung nicht besonders aktiv gestaltend teilgenommen. Sie haben in den Krankenhausplanungsgremien viele Reformen unterstützt und vor Ort finanziert, aber ihren theoretischen Einfluss als Hauptfinanzierer nicht ausgeschöpft. Sie sind viel zu viel damit beschäftigt gewesen, die jährlichen Budgets der Krankenhäuser nicht überproportional steigen zu lassen, um langfristige Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Ihre Rolle wird sich aber meiner Ansicht nach ändern und zwar mit der Einführung des monistischen Krankenhausfinanzierungsmodells in den meisten Bundesländern. Von dem Augenblick an, an dem die Krankenkassen nicht mehr nur Jahr für Jahr die laufenden Kosten des Krankenhauses zahlen müssen, sondern auch die Mittel für langfristige Investitionen, werden sie gezwungen sein, auch längerfristig zu planen.

Nutzerinnen/Nutzer und Angehörige spielen eine zunehmende Bedeutung im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess. In manchen europäischen Ländern sind sie bereits stimmberechtigte Mitglieder in gesundheitspolitischen Planungskommissionen von der kommunalen bis hin zur nationalen Ebene. Diese Entwicklung, die von der EU massiv unterstützt wird, wird auch bei uns Fuß fassen und wir werden lernen, Entscheidungen mit ihnen partnerschaftlich im Sinne eines neuen zivilen Dialoges zu treffen.

Die *Kommunen* haben sich bisher aus diesen Fragen herausgehalten und sich in der Regel punktuell nur dort gemeldet, wo durch Rückgang der Belegung und wirtschaftliche Probleme des lokalen Krankenhauses der Aufbau einer psychiatrischen Abteilung Hilfe versprach. Es ist vorauszusehen, dass durch die Einführung der DRGs, der neuen Fallpauschalen, in nächster Zeit der Bettenrückgang derart massiv sein wird, dass die Psychiatrie mit verlockenden Angeboten überschüttet werden wird.

Besonders schwer einzuschätzen ist die Rolle der *Landes- und Bundesministerien*, die für Gesundheit zuständig sind. Da wo sie nicht selbst die Trägerschaft der Psychiatrie haben, beschränkt sich bisher offiziell ihr Einfluss auf die Steuerung der investiven Maßnahmen in den Krankenhausplanungsausschüssen. Hier haben sie den Trägern der psychiatrischen Fachkrankenhäuser viele Entscheidungen überlassen. Mein Gefühl ist jedoch, dass in den meisten dieser Ministerien die einstufige Abteilung am Allgemeinkrankenhaus als Modell der Zukunft gesehen wird, dieses aber aus Rücksicht auf die Träger der Psychiatrie nicht explizit ausgedrückt wird. In den Stadtstaaten hat sich nach meiner Erkenntnis das jeweils zuständige Ministerium eindeutig für die Abteilung am allgemeinen Krankenhaus entschieden.

Unterschätzen wir auch nicht den Einfluss der *öffentlichen Meinung*. Denken Sie mit welcher Eindeutigkeit und auch Resonanz die Frankfurter Allgemeine, medizinjournalistisch eine der renommiertesten Zeitungen, zu unserem Streit Stellung genommen hat.

Insgesamt möchte ich mit dieser längst nicht vollständigen Auflistung die Rolle, die wir Professionelle in diesem Entwicklungsprozess spielen, etwas relativieren und zeigen, dass das Spannungsfeld, in dem wir handeln, äußerst vielschichtig ist. Es ist auch wichtig zu erkennen, dass die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung nicht getrennt von der allgemeinen Entwicklung des Krankenhauses und des medizinischen Versorgungssystems zu sehen ist. Kurz einige Gedanken zum gesundheitspolitischem Kontext, in dem sich die Psychiatrie-Reform abspielt. Die Weltgesundheitsorganisation hat programmatisch festgestellt, dass die Gesundheitsversorgung auf zwei Säulen ruht, das Allgemeinarztsystem (primary health care) und dem hoch spezialisierten Krankenhaus. Jeder in der Bundesrepublik weiß, dass früher oder später die geballte Professionalität des regionalen Krankenhauses nicht nur bettlägerigen Patientinnen und

Patienten zugute kommen kann. Die Krankenhäuser werden sich mehr und mehr der ambulanten Versorgung öffnen und Zentren fachärztlicher Versorgung und Supervision werden. Ein solches zentrales Kreis- oder Stadtkrankenhaus kann nicht ohne eine psychiatrische Abteilung auskommen. Ein Direktor eines somatischen Krankenhauses hat es einmal schön ausgedrückt: »Als die psychiatrische Abteilung kam, war es eine Zweckheirat, mittlerweile ist daraus eine Liebesheirat geworden.« Die Somatik erkennt allmählich die Bedeutung der Psychiatrie.

Nationale Gesundheitspolitik muss sich zunehmend an *Europa* orientieren. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Ländern der Europäischen Union geht tendenziell dahin, die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus zum Ort der stationären Behandlung zu machen. In England sind mittlerweile fast 70 % der Fachkrankenhäuser geschlossen, der Rest wird folgen. In Italien gibt es nur noch Abteilungen, ebenso in manchen Regionen Spaniens, ebenfalls in Skandinavien. Frankreich hat jetzt diese Richtung eingeschlagen, selbst im benachbarten Österreich haben einige Bundesländer die komplette Regionalisierung beschlossen, in fünf Jahren soll das erste psychiatrische Fachkrankenhaus in Gugging geschlossen werden.

Auch der *Zeitgeist* beeinflusst unsere Entwicklung, darauf gehe ich am Schluss kurz ein.

Schließlich möchte ich noch einen letzten einflussnehmenden Faktor nennen, den wir nie oder kaum ansprechen, der aber dennoch gewichtig ist. Immer wieder kommt es vor, nicht häufig, dass eine Patientin oder ein Patient mich als Leiter eines Fachkrankenhauses anspricht, wie es sein kann, dass wir ihn und alle anderen Patientinnen und Patienten in den selben Räumen behandeln, in denen vor nicht allzu langer Zeit Patientinnen und Patienten wie sie in grauenvoller Weise getötet worden sind. Sie wisse natürlich, dass so etwas jetzt nicht passiere und anerkenne unsere Aufarbeitungsbemühungen, könne sich aber von dieser angstmachenden Vorstellung nicht lösen. Auch Angehörige äußern sich manchmal in dieser Weise. Hätte die *Euthanasie* zwischen 1939 und 1945 auch in dieser Weise stattgefunden, wenn damals die Psychiatrie im allgemeinen Krankenhaus gewesen wäre?

Fassen wir das Gesagte zusammen. Psychiatrische Planung und Entwicklung wird nicht nur durch fachliche Argumente bestimmt,

sondern ist auch Bestandteil gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen, an denen viele Entscheidungsträger beteiligt sind. Ich meine, insgesamt eine Tendenz für die psychiatrische Abteilung zu erkennen.

Wege aus der Blockierung

Ich glaube nicht, dass die Auseinandersetzung ein baldiges Ende haben wird. Die Entscheidung dieser Frage ist so vielschichtig, die Entscheidungswege, d.h. die gesundheitspolitische Planung in der Bundesrepublik so wenig überschaubar und voraussehbar, dass es für uns Psychiater und Psychiaterinnen keinen Sinn macht, hier sofort eine Entscheidung herbeiführen zu wollen. Es wäre kaum erfolgsversprechend, selbst wenn wir uns einig wären. Die psychiatrische Versorgung befindet sich in einer dynamischen Entwicklungsphase. Die Zahl der vollversorgenden Abteilungen wächst ständig, ein Ende ist nicht abzusehen. Vielerorts liegen Planungen zur Regionalisierung vor, in Bayern planen zwei Bezirke die vollständige Regionalisierung der stationären Psychiatrie mit vollversorgenden Abteilungen. Das zweistufige Satellitenmodell ist nur vereinzelt im Gespräch. Manche Fachkrankenhäuser haben sich zu potenten Psychiatriezentren entwickelt, manche kränkeln und kriseln, insbesondere wirtschaftlich. Begleiten wir doch gemeinsam diesen Weg, der in meinen Augen in Richtung Abteilung vorgezeichnet ist, indem wir eine Streitkultur entwickeln, die, etwas angelsächsisch angehaucht, klar in der Sache, jedoch nicht kränkend oder ausgrenzend ist. Eine derartige Auseinandersetzung führt zu einer die Kreativität anspornenden Konkurrenz, die der anstehenden Veränderung der Versorgungslandschaft nur gut tun kann. Versuchen wir, die fachlichen Argumente von den ökonomischen und gesundheitspolitischen getrennt wahrzunehmen und die unterschiedlichen außerfachlichen Interessenslagen wertfrei und angstfrei zu erkennen und zu benennen. Ich persönlich finde, dass die Schaffung von »Heimbereichen« in vielen psychiatrischen Fachkrankenhäusern ein gutes Beispiel dafür ist, wie es nicht laufen sollte. In einem unentwirrbaren Sammelsurium von fachlichen, ökonomischen und trägerpolitischen Argumenten ist etwas entstanden, was so, in meinen Augen, nicht hätte sein müssen. Hier ist die Fachkrankenhauspsychiatrie alleine gelassen worden, alleine gelassen worden von ihrer Fachgesellschaft,

von ihren Kritikern und Kritikerinnen. Das sollte sich in dieser Form nicht wiederholen.

Ein weiterer wichtiger Gedanke die Blockierung aufzuheben wäre es, unsere Aufmerksamkeit, d.h. die Aufmerksamkeit von Abteilungen und Fachkrankenhäusern auf die wesentlich wichtigeren Aufgaben zu richten, die es zu lösen gilt. Ich meine damit hauptsächlich die Überwindung des stationär-ambulanten Grabens. Wir stehen vor der Aufgabe unsere therapeutischen Angebote mit hohen professionellen Standards allen Patientinnen und Patienten, gleichgültig ob sie in einem Krankenhausbett oder im eigenen Bett schlafen, zugänglich zu machen. Für mich ist eine reine stationäre psychiatrische Tätigkeit ohne die Möglichkeit, diese auch ambulant einzusetzen, kaum vorstellbar. Ich glaube, den meisten von uns geht es ähnlich. Bis auf Baden-Württemberg haben alle Fachkrankenhäuser Institutsambulanzen, manche Krankenhäuser sehen heute mehr ambulante als stationäre Patientinnen und Patienten. Lasst uns doch die Gelegenheit am Schopfe packen und die Tatsache nutzen, dass demnächst durch die veränderte Gesetzeslage alle Abteilungen Institutsambulanzen eröffnen werden, um gemeinsam Strategien zu entwickeln, wie die Ressourcen des Krankenhauses grenzüberschreitend genutzt werden können. Das wäre ein gemeinsames Projekt!

Weiter sollten wir versuchen die Auseinandersetzung möglichst nicht in die nächste Psychiaterinnen- und Psychiatergeneration hineinzufragen. Es macht keinen Sinn, dass wir über Generationen hinweg abteilungssozialisierte und fachkrankenhaussocialisierte Psychiaterinnen und Psychiater hervorbringen. Ich erinnere die Zeit, als die Weiterbildung es erforderlich machte, dass Weiterbildungskandidatinnen und -kandidaten aus den Universitäten mindestens ein halbes Jahr lang im Landes- oder Bezirkskrankenhaus tätig sein mussten. Das war keine schlechte Gepflogenheit. Warum nehmen wir uns nicht etwas Ähnliches vor, ein Austausch. Ein Jahr Landes- bzw. Fachkrankenhaus für jede/jeden Weiterbildungskandidatin/-kandidatin. Dazu muss man die Weiterbildungsordnung nicht ändern, das kann freiwillig im Austausch geschehen. An vielen Orten in Europa blüht die psychiatrische Landschaft. Ist es nicht an der Zeit über ein europäisches Austauschprogramm für angehende Fachärztinnen und -ärzte nachzudenken, perpetuieren wir nicht durch unseren institutionsbezogenen Weiterbildungsmodus festgefahrene Ansichten. So weit mir bekannt, sind deutsche Kolleginnen und

Kollegen in der äußerst aktiven und fantasievollen europäischen Vereinigung der Psychiatrieweiterzubildenden kaum oder gar nicht vertreten. Schließlich, um damit den Weiterbildungsbereich abzuschließen, bin ich nach wie vor der Meinung, dass ein Gegenjahr Innere Medizin mindestens so wertvoll wie das jetzige Pflichtjahr Neurologie wäre. Nicht nur, weil die Innere Medizin den größten Anteil an der Komorbidität psychisch kranker Menschen hat, sondern weil das zur Folge hätte, dass jede Ärztin/jeder Arzt für Psychiatrie mindestens ein Jahr im allgemeinen Krankenhaus gearbeitet hat und damit mit den Allgemeinärztinnen und -ärzten die wichtigste Struktur der medizinischen Versorgung kennen gelernt hat.

Lassen Sie mich mit einem letzten Gedanken schließen. Ob es uns gefällt oder nicht; manche von uns tun sich nicht leicht das anzuerkennen; werden Nutzerinnen und Nutzer in Zukunft eine wesentliche Rolle in der Definition der Behandlungsziele, der Auswahl der Behandlungsmethoden und der Gestaltung des Gesundheitssystems spielen. In manchen europäischen Ländern ist diese Mitbestimmung weit fortgeschrittener als hier, in Brüssel haben Psychiatrie-Erfahrene-Vereinigungen und Angehörigenverbände wie beispielsweise EUFAMI einen beachtlichen politischen und gestalterischen Einfluss. § 26 der neuen Charta der Menschenrechte der europäischen Union macht dies deutlich. Behinderte haben nicht nur ein Grundrecht auf Integration in die Gesellschaft, sondern auch auf eigenständige Gestaltung und Leben ihrer Behinderung. Wir wollten gemeinsam diesen in Deutschland als Dialog bezeichneten Kontakt vertiefen, europäisch spricht man von dem neuen »zivilen Dialog«, eine neue Form des demokratischen Miteinanders, wodurch vieles, worüber wir jetzt streiten, relativiert werden wird.

Literatur

- BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND Bundesdrucksache 7/4200, Bonn, 1975
 BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psycho-somatischen Bereich. Bonn, 1988
 SCHEYTT D, KAISER P, PRIEBE S. Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin. Psychiat. Prax. 23, 1996: 10-14

ARBEITSKREIS DER CHEFÄRZTE UND CHEFÄRZTINNEN VON KLINIKEN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE AN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie – Positionspapier. Beilage in Psychiat. Prax. 27, 2000
WEIG W, WOLFERSDORF M. Mitteilung aus der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (BDK) – Das Profil psychiatrischer Kliniken. 2000
WEIG W: Stellungnahme zum Positionspapier »Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie« Psychiat. Prax. 27, 2000

Wen hat die Psychiatrie-Reform vergessen, verdrängt, verschoben...?

Arnd Schwendy

Was empfahl die Experten-Kommission?

Um mich auf das Referat einzustimmen, schrieb mir Frau Kubny-Lüke von der AKTION PSYCHISCH KRANKE: »Die Planungsgruppe dachte bei dieser Themenformulierung vor allem an die Personengruppen, die außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems stehen und psychiatrische Hilfen benötigen: Vor allem an die Wohnungslosen und die Strafvollzugsinsassen. Hier sind bisher, wie Sie sicher wissen, sowohl die Fragen nach dem Bedarf als auch nach der Gewährleistung einer angemessenen psychiatrischen Versorgung noch nicht systematisch untersucht worden. Darüber hinaus wurde bei der Planung an weitere »besondere« Personengruppen und Bedingungen im psychiatrischen Hilfesystem, z.B. Migrantinnen und Migranten, alte Menschen, Heimbewohnerinnen und -bewohner und die forensische Psychiatrie mit ihren besonderen Problemen und Fragestellungen, gedacht.« Auf der Suche nach einer Antwort habe ich zunächst in der Zusammenfassung des Werkes, dessen 25-jähriges Jubiläum wir hier heute begehen, nämlich der Psychiatrie-Enquete (DTSCH. BUNDESTAG 1975) geblättert. Ich stieß gleich ganz vorne, ab Seite 12, im Abschnitt 3.5 auf »Besondere Alters- und Patientengruppen«, deren Versorgung – zusätzlich zu den Problemen der Allgemeinpsychiatrie – als völlig unzureichend beschrieben wurde:

- a) Kinder und Jugendliche
- b) psychisch kranke alte Menschen
- c) Suchtkranke

Später folgen auch noch Hinweise auf die desolate Situation von geistig Behinderten und forensischen Patientinnen und Patienten. Die spezielle Gruppe der »Sozialen Randgruppen (Risikogruppen)« wird in der Zusammenfassung wie folgt gewürdigt: »Die sozialen Randgruppen (sozial desintegrierte Einzelpersonen und Familien, verarmte Familien in Notunterkünften und Slums, Nichtsesshafte, Ob-

dachlose usw.) sind eine bislang medizinisch, sozialpädagogisch, psychotherapeutisch und psychiatrisch völlig vernachlässigte Gruppe. Sie weisen ein besonders hohes Risiko für psychische Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen und Behinderungen auf. In der Verschränkung von sozialen, wirtschaftlichen und seelischen Belastungen findet sich bei ihnen ein hohes Ausmaß an Alkoholismus, Familienzerfall, Delinquenz, Dissozialität und psychischen Krankheiten. Es muss als Mangel festgestellt werden, dass dem Problem der sozialen Randgruppen nicht mit dem notwendigen Einsatz der zur Verfügung stehenden Erkenntnisse, sowie der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Psychologie, Sozialpädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie begegnet wird.« (DTSCH. BUNDESTAG 1975, S. 14) Zur Abhilfe werden für die sog. Nichtsesshaften Modellversuche im stationären und ambulanten Bereich vorgeschlagen. Ferner stieß ich in der Zusammenfassung der Enquete auf eine Kritik der Beratungssysteme. So schrieben die Experten zum Thema »nicht-professionelle Beratung«: »Lehrer, Kindergärtnerinnen und Erzieher, verschiedene juristische Berufsgruppen sowie Seelsorger stoßen zwangsläufig auf psychische Störungen, Krankheiten oder Lebenskrisen oder schwere seelische Konflikte. Sie sind genötigt, Beratungsfunktion auszuüben, auf die sie zumeist nicht oder nur unzulänglich vorbereitet sind. Die Folge ist: psychische Störungen werden nicht erkannt; sie bleiben unbeachtet und es wird in unsachgemäßer Weise auf sie reagiert. Vielfach fehlt es an Informationen und Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Diensten« (DTSCH. BUNDESTAG 1975, S. 8). Die fachliche Beurteilung der professionellen Beratung fiel nicht viel günstiger aus. So heißt es zu den behördlichen Diensten: »In den Beratungsdiensten und in der Sozialarbeit der Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter sowie der freigemeinnützigen Träger und Kirchen sind die Möglichkeiten einer qualifizierten Beratung bei psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen vielfach durch Personalstellenmangel, Mangel an finanziellen Mitteln, Überlastung, mangelndem selbstständigem Handlungsspielraum und Bürokratisierung der Arbeit eingeschränkt. Möglichkeiten zur speziellen Weiter- und Fortbildung fehlen vielfach. Die systematische Kooperation dieser Dienste untereinander und mit psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Diensten ist fast durchgehend

unzureichend« (DTSCH. BUNDESTAG 1975, S. 8). Zum Problem der Migrantinnen und Migranten fand ich in der Zusammenfassung und auch im Anhang nichts. Warum auch? Der Zustrom von hunderten von Asylbewerberinnen, Aussiedlerinnen und vor allen Dingen Bürgerkriegsflüchtlingen und Kontingentflüchtlingen aus aller Herren Länder begann erst in der Nach-Enquete-Ära. Die Versorgung der damaligen Gastarbeiter war dank eines trotz Ölkrise Anfang der 70er-Jahre noch weitgehend intakten Arbeitsmarktes offensichtlich kein nennenswertes Problem.

Versäumnisse und Fortschritte

Nun werden Sie mir sicher, auch ohne dass ich hier als Beleg eine lange Liste empirischer Untersuchungen anführe, in der Einschätzung zustimmen, dass die Kompetenzmängel und die Versorgungsdefizite der oben beschriebenen Personenkreise, seien sie nun Notleidende Bürgerinnen oder Mitarbeiterinnen von Fachdiensten, strukturell trotz aller erzielten Erfolge noch immer landauf, landab bestehen. Ob eine Sozialarbeiterin oder Sozialpädagogin nach Abschluss ihrer dreijährigen Fachhochschulausbildung und der notwendigen beruflichen Praktika auch nur den geringsten Schimmer von Erkennen und Beraten von Menschen mit psychischen Störungen, Krankheiten oder Behinderungen hat, ist nach wie vor dem Zufall überlassen. Ob Sachbearbeiterinnen und -arbeiter in kommunalen Sozialverwaltungen oder bei den Sozialversicherungen etwas vom Hintergrund dieser Leiden ihrer »Kundinnen und Kunden« in Bezug auf die Probleme, die sie mit dem Personenkreis haben, wissen oder nicht, ist ebenfalls dem Zufall überlassen. Als ich vor kurzem in einem Sozialamt um Verständnis für das merkwürdige Verhalten eines Sozialhilfeempfängers, der früher in der Psychiatrie war, hielt mir die Sachbearbeiterin in aller Unschuld entgegen: »Es kann ja schon sein, dass der psychisch krank ist, aber er ist auch ein Psychopath, sehen Sie sich mal dieses Schreiben hier an.« Den Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild und dem aus Behördensicht inadäquaten Verhalten hat ihr bislang niemand erklärt. Es gibt natürlich auch positive Beispiele. Ich nenne nur vier Bereiche:

- Die Wirtschaft: Hier gibt es einen enormen methodischen und praktischen Wissenszuwachs im Hinblick auf den psychologisch

fundierten Umgang mit Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Als Folge davon werden persönlich-psychische Probleme im Betrieb früher erkennbar. Die Konsequenzen, die daraus gezogen werden, hängen natürlich von der jeweiligen wirtschaftlichen Situation und der Ethik des Arbeitgebers ab.

- Die Polizei hat geradezu bahnbrechende Erfolge bei der Schulung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Hinblick auf den Umgang mit psychisch belastenden Situationen gemacht. Geiselnahmen, Großdemonstrationen und ähnliche Entwicklungen waren der Anlass dazu, die psychologische Kompetenz der Polizei zu stärken. Wir lassen in Köln – wie viele großstädtische Sozialämter – unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialämtern von den Experten der Kripo im Hinblick auf die Entspannung bedrohlicher Situationen schulen.
- Die Feuerwehr ist mancherorts durch die gleiche Qualifizierungsschule gegangen wie die Polizei. Auch davon profitiert die psychiatrische Versorgung, denn in nicht wenigen Kommunen ist die Rund-um-die-Uhr-Krisenversorgung ja nicht in Händen der Psychiatrie, sondern der Polizei und der Feuerwehr.
- Die klinische Seelsorge in beiden Kirchen hat große Fortschritte erzielt, davon profitieren oft ganze Gemeindegemeinschaften.

Man könnte diese Erfolgsstory beliebig fortsetzen. Dennoch bleibt die Frage angesichts der oben umrissenen alten und neuen Defizite: Was wurde versäumt? Was ist schief gelaufen? Sah man überhaupt den Zusammenhang zwischen Kompetenzen im Vorfeld der Psychiatrie und der Vernachlässigung bestimmter Personenkreise? Um die Antwort vorwegzunehmen: Man kann die Väter der Psychiatrie-Enquete nicht dafür verantwortlich machen, dass nicht alle Ziele, die sie gesteckt haben, bislang erreicht wurden. Im Gegenteil: Auch wenn man heute in dem Bericht der Expertenkommission liest, stößt man Seite für Seite auf Analysen und Lösungsvorschläge, die zutreffend sind und ihrer Realisierung harren. Was die Enquete-Kommission nicht voraussehen konnte, waren die dramatischen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Umbrüche, die kurz nach ihrer Veröffentlichung begannen und zunehmend die Öffentlichkeit und die Politik mehr beschäftigten als die Notstände der psychiatrischen Versorgung. Ich erinnere nur an die Ölkrise, an den schleichenden Beginn der technologischen Revolution in der Wirtschaft,

die Globalisierung, den Aufbau einer schier unglaublichen Unterbeschäftigung von Minderqualifizierten und Minder-Leistungsfähigen, die Wohnungsnot, den Zustrom aus anderen Ländern. Speziell im Gesundheitswesen wurde das Thema Psychiatrie sehr schnell überlagert von der dramatischen Entwicklung im Bereich der Aids-Erkrankungen und der illegalen Drogen. Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist es in der Rückschau erstaunlich, dass sich überhaupt so viel entwickelt hat im Aufbau eines gemeindeorientierten Hilfeangebotes für die Menschen, die man früher in Anstalten oder Heime abschob. Eine aktuelle Umfrage dazu, die die AKTION PSYCHISCH KRANKE unternahm, ist in der jüngsten Ausgabe der Psychosozialen Umschau nachzulesen. Einen erheblichen Anteil an dieser positiven Entwicklung hatten Personengruppen, die die Enquete so gut wie gar nicht erwähnte, weil sie die Betroffenen fast ausschließlich als Kranke oder Behinderte wahrnahm. Ich meine:

- die Selbsthilfebewegung der Angehörigen, die sich nicht nur in vielen kleinen Gruppen zusammenfanden, sondern landes- und bundesweit auch sozial- und gesundheitspolitisch solidarisierten. Sie sind aus meiner Sicht jetzt wohl die wichtigste Lobby und auch entsprechenden Gefährdungen ausgesetzt, z.B. dem des Einkaufs durch die Pharmedien, die sie sponsert wie psychiatrische Fachkongresse;
- die Selbstorganisation ehemaliger Psychiatriepatientinnen und -patienten im Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen und seinen vielen regierenden Initiativgruppen. Hier agieren Betroffene nicht mehr primär als Klientel fachpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen, sondern als betroffene Bürgerinnen und Bürger. Und in dieser Bürgerinnenrolle fanden und finden sie auch Gehör in Öffentlichkeit und Politik;
- die Bewegung der früher so genannten Selbsthilfefirmen (jetzt endlich anerkannt im Schwerbehindertengesetz als Integrationsbetriebe). Hier fanden ehemalige Psychiatriepatientinnen und -patienten, die man sonst zum Nichtstun zwang, mit Arbeitstherapie abspeserte oder in vielerorts ungeeignete Werkstätten verfrachtete, endlich in einem für sie spezifischen Betriebsmilieu ihre Identität und Würde als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Es ist keine Selbstverständlichkeit, dass diese Gruppen heute die-

sen Kongress mitgestalten. Die Fachwelt sollte aber sorgfältig darauf achten, diese Gruppen nicht zu instrumentalisieren als Lobby ihrer fachspezifischen Interessen. Zuviel Harmonie kann hier kontraproduktiv wirken. Etwas auf der Strecke geblieben – auch das gehört zum Thema der vergessenen und vernachlässigten Personenkreise der Psychiatrie-Reform – sind die früher so genannten Laienhelferinnen. Auch der vom Dachverband propagierte zutreffendere Begriff der Bürgerhilfe kann leider nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Form des Engagements vielerorts zurückgedrängt worden ist durch die Professionalisierung. Ich verstehe bis heute nicht, das Kontakt- und Beratungsstellen, deren Kern ein Kaffeeähnlicher Treffpunkt ist, sich beim Betrieb nicht mehr auf diese Bürgerhelferinnen besinnen, sondern den Kaffee durch dafür überbezahlte Diplom-Sozialarbeiterinnen und -arbeiter kochen lassen. Hat mal jemand ausgerechnet, was eine Tasse dabei kostet?

Mangel an Gemeinwesenorientierung

Doch zurück zu den Defiziten, die ich beleuchten soll und der Frage, was gegebenenfalls versäumt wurde. Der wichtigste konzeptionelle Mangel der Enquete und des nachfolgenden Bundesmodellprogramms ist, dass das Ziel nicht eine Gemeindepsychiatrie, sondern eine gemeindenahere Psychiatrie war. Ziel war die Verkleinerung – nicht die Auflösung – der fernab gelegenen Großanstalten und der Ersatz der Großanstalten durch ein differenziertes ortsnahes System sich gegenseitig ergänzender Hilfen. Dieser Logik folgend, waren alle neuen sozialpsychiatrischen Fachkräfte in den Städten und Kreisen fast ausschließlich damit beschäftigt, sich um ihre Klientinnen und Klienten unmittelbar zu kümmern bzw. um das Binnenleben ihrer Einrichtungen und Dienste. Da diese Dienste von Anfang an im Gegensatz zu den Krankenhäusern auf finanziell und personell sehr schwache Beine gestellt wurden, kreisten die Gedanken aller Beteiligten stets nur um das Krisenmanagement für die in die Gemeinde zu integrierenden Betroffenen und um die ständige Sorge um den Erhalt der Angebote. Ein echtes gemeindepsychiatrisches Konzept hätte zusätzlich zur Einzelfallhilfe einen Schwerpunkt der Gemeinwesenarbeit gebildet, der Kapazitäten freigelassen hätte für die so wichtige Beratung des sog. psychiatrischen Vorfalles, also die Hausmeisterin, Polizeibeamtinnen, Lehrerinnen, Pfar-

rerin, Vereinsvorsitzende, die Kolleginnen aus anderen Sozialdiensten und Behörden. Ein solcher Arbeitsansatz, wie er idealtypisch in der Kennedy-Ära in den Vereinigten Staaten entwickelt worden ist, hätte möglicherweise folgende Wirkungen gehabt:

- in der Aufbauphase weniger Einzelfallhilfe in den Kommunen zu Gunsten von Mediatoren-Arbeit;
- auf die lange Strecke einen größeren Kreis an kompetenten Mitstreiterinnen und -streitern in der Gemeinde.
- insgesamt eine breite Basis für die Hilfe für psychisch Kranke und der Gemeinde.

Die Bemühungen der englischen Psychiater und Psychiaterinnen (die Beratung der Allgemeinpraktiker) zeigen, wie wirkungsvoll ein solcher Ansatz sein kann. Sehr klar hat die Notwendigkeit eines solchen Ansatzes Prof. Hans-Eberhard Richter gesehen, den ich im Übrigen hier bei dieser Tagung vermisste. Er vertrat in der Enquete nicht nur die Psychotherapie, sondern auch sehr erfolgreich die Idee einer Gemeinwesenorientierung der sozialen Psychiatrie. Er rang der Expertenkommission das Konzept der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ab. Diese war und ist nicht nur gedacht als gemeinsame Plattform aller sozialpsychiatrisch Tätigen, sondern – wie der Begriff psychosozial auch nahe legt – weiteren Diensten und Berufsgruppen in der Gemeinde, die mit psychisch gefährdeten, kranken und behinderten Mitbürgerinnen und -bürger Kontakt haben. Die Geschichte der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wäre eine extra Jubiläumstagung wert. Vollerorts wurde sie instrumentalisiert von Gesundheitsbehörden, von Trägerinteressen, von Berufsgruppeninteressen. In anderen Orten kam sie dem Richterschen Ideal jedoch sehr nahe. Zumindestens für die Stadt, in der ich seit über zehn Jahren arbeite, kann ich sagen, dass es ihr gelingt, nahezu alle Bereiche mit psychosozialer Relevanz aktiv einzubeziehen: von der Allgemeinpsychiatrie bis zum Strafvollzug und zur Obdachlosenhilfe. Getragen wird dieses auch von einer kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik, die die PSAG ernst nimmt und offiziell an allen Planungen beteiligt. Dennoch bleibt auch in unserer Stadt festzuhalten, was ich allgemein als strukturellen Hauptmangel Nr. 1 bezeichnen möchte:

- die sozialpsychiatrischen Fachdienste – ob beim Gesundheitsamt oder bei den freien Trägern – sind primär mit Einzelfallarbeit blockiert. Es bleibt zu wenig Zeit für Mediatoren-Beratung, für Fort-

bildungen, für institutionelle Beratungen, um nur einige Arbeitsformen zu nennen. Auch wurden Methoden, wie man eine derartige institutionelle Supervision erfolgreich praktiziert, zu wenig entwickelt und verbreitet. Wegen dieser Unsicherheit wird die Behebung des Mangels von den betroffenen Mitarbeiterinnen auch kaum eingeklagt. Institutionen im Vorfeld beheben den Mangel vielfach durch die übliche Supervision. Diese aber ist meist psychotherapeutisch orientiert, konzentriert sich auf die üblichen Team-Konflikte, hat keinen Gemeinwesenbezug, löst sozialpsychiatrische Fragestellungen so gut wie gar nicht.

- der andere Mangel besteht in der von sozialpsychiatrischen Fachkräften kaum praktizierten Gewinnung freiwilliger Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter oder der Einschaltung von Honorar-Kräften für Hilfsdienste aller Art. Wir versuchen im Augenblick durch Ausbau der vom Sozialamt finanzierten hauswirtschaftlichen Hilfen, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter der Einzelfallbetreuung im Betreuten Wohnen davon zu entlasten, dass sie selbst für Ordnung und Sauberkeit sorgen müssen. Die Akzeptanz dieses neuen Angebotes ist mehr als mäßig.

Unzureichende Steuerung

Ich komme zu einem anderen Versäumnis, das ursächlich sein könnte für die Ausgrenzung bestimmter Personengruppen aus dem Reformprozess. Dem Versäumnis des Aufbaus einer stringenten Steuerung auf örtlicher Ebene. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft als Vereinigung der Leistungsanbieter kann dies kaum leisten; die Psychiatrie-Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Kommunen als Planer in der Regel auch nicht. Was fehlt, ist der Aufbau eines Case-Managements, das sich auf ein solides Assessment und daraus abgeleitete mit den Kostenträgern und Einrichtungsträgern verbindlich vereinbarten Hilfeplänen berufen kann. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat durch ihr Instrumentarium zur Bestimmung der personenbezogenen Hilfen dazu bahnbrechende Vorarbeiten geleistet. Man kann diesen Ansatz, die vielfältigen Bedürfnisse der psychisch Kranken und seelisch Behinderten individuell zu beschreiben und die Hilfebedarfe dann auch in Minutenwerten und damit in Kostenätzen auszudrücken, auch verstehen als verzweifelten Versuch der rechtlich-fachlichen Gleichstellung mit somatisch Kranken, wo Ge-

bührenordnungen das Ganze famos zu regeln scheinen. Auch in der Pflegeversicherung wurden analog zur Systematik der gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungsmodule und geldwerte Punktsysteme zur Refinanzierung eingeführt.

Wie das System Ausgrenzung bewirkt

Beschreibt man die Defizite in der Versorgung bestimmter Personengruppen nicht nur diagnostisch (Letzteres ergibt ellenlange Listen), sondern versucht einen systemischen Blick auf das Geschehen, so kommt man zu übergeordneten Sichtweisen. Die individuellen Bedarfsbemessungsinstrumentarien und daraus abgeleitete Refinanzierungsvorschläge wären dann daraufhin abzuklopfen, ob sie den von mir nachfolgend skizzierten Megatrends der Ausgrenzung etwas Heilsames entgegensetzen oder diese sogar unterstützen. Zugespitzt formuliere ich im Folgenden einige Megatrends und daraus abgeleitete typische Ausgrenzungskriterien:

1. Der Trend zur Ökonomisierung des Sozialen

Stichworte dafür sind: Wettbewerb, Kosten-Leistungs-Rechnung, Budgetierung, kurz die Einführung betriebswirtschaftlicher Sichtweisen auch in das soziale Leistungsgeschehen. An und für sich eine vernünftige Sache, wenn folgende Ausgrenzungsdynamik verhindert wird, nämlich der Ausschluss von »Kundinnen und Kunden« (ich benutze diesen Begriff absichtlich nur in Anführungszeichen) aus dem Angebotsspektrum, die folgende *Merkmale* haben:

- sie rechnen sich nicht,
- es sind nicht ausreichende Leistungsentgelte für ihre Betreuung zu erzielen,
- ihre Selbstnachfrage nach den Angeboten ist zu gering, sie sind nicht »marktfähig«.

Mit anderen Worten: Es sind schlechte Kundinnen und Kunden, auf deren Versorgung man besser verzichtet, damit die Gewinn- und Verlustrechnung des Trägers stimmt. Da in der Geschäftsführung der Träger zunehmend Betriebswirtinnen und -wirte sitzen, die den Wert der Arbeit ihrer Dienste nicht mehr primär in der Erfüllung eines sozial-ethischen Auftrages sehen, sondern in der Abwicklung eines

kostendeckend arbeitenden Betriebes, wird dies zunehmend auch kaum noch als Problem empfunden.

2. Der Trend zur Ordnung

Kennzeichen: Immer ausgefeiltere Konzepte, Hausordnungen, Absicherungsrituale den Kostenträgern, Behörden und Versicherungen gegenüber. Vielfach auch eine zunehmende Intoleranz der Nachbarschaften gegenüber störendem Verhalten.

Merkmale der »schlechten Kunden und Kundinnen«:

- Verwahrlosungstendenzen
- Vermüllungs-Syndrom
- Unfähigkeit bzw. Unwillen, Regeln einzuhalten (im Haus oder in der Nachbarschaft)
- verstärkter Trend zur Fremd- oder Selbstaggression

Problemlösung: Kündigung der Miet- und Betreuungsverträge mit ihnen, da sie den Rahmen sprengen. Auch dies wird, da rechtlich und konzeptuell gut begründbar, vielfach kaum noch als Problem gesehen.

3. Der Trend zu perfektionierten Therapie- und Pädagogik-Konzepten

Kennzeichen: Konzentration der Angebote auf Personen mit hoher Motivation, günstiger Prognose, Erreichbarkeit für psychotherapeutisch fundierte Konzepte.

Merkmale der »schlechten Kunden und Kundinnen«:

- Pillenverweigerung
- mangelnde Krankheitseinsicht
- mangelnde Vereinbarungstreue
- schlecht entwickelte Motivation
- Therapieresistenz
- pädagogisch ausgedrückt: Renitenz.

Folgen: Diese Kundinnen stören die innere Ordnung, den therapeutisch pädagogischen Produktionsablauf. Meist sind es die gleichen, die die äußere Ordnung (Hausordnung etc.) nicht einhalten.

Konsequenz: Kündigung, Betreuungsabbruch, Verschiebung des Risikos auf die Individuen oder die Allgemeinheit.

4. Trend: Traum von der Klarheit der Dinge

Kennzeichen: In einer Welt, die alle Probleme digitalisiert und simplifiziert, kann es eigentlich nicht angehen, dass Menschen nicht klar eingeordnet werden können. Also bereiten folgende Kundinnen und Kunden mit diffusem Profil Probleme .

Beispiele:

- Kombination von Suchtverhalten und Psychosen
- Unschärfe von Neurosen oder anderen Leiden, z.B. Zunahme der Borderline-Diagnose
- Unschärfe der Ursachen (krankheits- oder milieugeschädigt)
- Unklarheit, ob Intelligenz- oder Emulationsdefizit vorliegt
- und so weiter und so weiter

Folgen für diese indifferenten Kundinnen und Kunden: Es gibt kein klares, schnelles, Hilfe versprechendes Angebot für sie, also lassen wir lieber die Finger davon.

5. Trend: Die Sehnsucht nach einer deutschen Leitkultur

Kennzeichen: Zunehmende Verunsicherung durch Zuwanderung aus anderen Ländern und Kulturkreisen.

Merkmale: Man versteht die Leute nicht, auch wenn sie deutsch sprechen oder einen Dolmetscher haben, da ihre seelischen Leiden in einem anderen kulturellen oder sozialen Kontext interpretiert werden müssten.

Betroffene:

- Asylsuchende
- Flüchtlinge

Problemlösung: Da es gegen die »political correctness« verstößt, Ausländerinnen und Ausländer auszugrenzen, die vielfach gescheiterten Versuche der gut gemeinten Hilfe. Strukturell fast nirgendwo eine zufrieden stellende Antwort.

Der Kölner Lösungsversuch

Nimmt man hinzu, dass die von diesen negativen Megatrends betroffenen Personen krankheits- und behinderungsbedingt ihre sozialen Bezüge vielfach schon verloren haben, dazu ihre Jobs und Behausungen, so ist es wenig verwunderlich, dass quer durch die Republik – und nicht nur in den großen Städten – die Dienste und Träger der Obdachlosen- und Nichtsesshaftenhilfe darüber klagen, dass sie zum Ausfallbürgen einer nicht bedarfsgerechten gemeindepsychiatrischen Versorgung gemacht werden. In allen Regionen hat bei denen, die für allein stehende Wohnungslose bzw. Obdachlose verantwortlich sind, in den letzten Jahren die Klage über die Zunahme psychisch schwer beeinträchtigter Hilfebedürftiger immer mehr Gewicht bekommen. Man muss davon ausgehen, dass im so genannten Wohnungslosen- und Obdachlosenmilieu 19 % bis über 50 % der Betroffenen an psychischen Krankheiten leiden und weit über 50 % krankheitsrelevante Suchtprobleme haben, insbesondere alkoholbedingt. Frauen sind stärker betroffen. Die Forschungslage ist hier nach wie vor unbefriedigend, obwohl zunehmend Arbeiten publiziert wurden. Die tagtägliche Anschauung in den Beratungsstellen und Diensten, die sich dieses Personenkreises annehmen, spricht eine deutliche Sprache. Sie wird auch – zumindest in unserer Stadt – von den Vertretern der Kliniken und der fachpsychiatrischen Dienste nicht mehr bestritten. Wir haben in Köln in den letzten Jahren folgende Konsequenzen aus dieser wenig erbaulichen Entwicklung gezogen, da wir davon ausgehen müssen, dass im Wohnungslosen-Bereich genau so viele psychisch Kranke leben wie im Bereich der sozialen Psychiatrie.

1. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft schuf einen speziellen Arbeitskreis, der die Fachkräfte der Dienste für allein stehende Wohnungslose, also die Hilfen nach § 72 BSHG, einbindet.
2. Es gab, um beide Bereiche näher aneinander zu rücken, mehrere gemeinsame Klausuren zwischen Psychiatrie, Wohnungsamt, Gesundheitsamt und Sozialamt sowie den Trägern der Wohnungslosenhilfe.
3. Die Institutsambulanz der Versorgungskliniken und der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes haben ihre fachpsychiatrische Beratung für die Projekte und insbesondere Heime der Hilfen, nach § 72 BSHG ausgebaut.

4. Es wurde ein dichtes System niedrigschwelliger offener und ambulanter Hilfen für Menschen, die den Alltag auf der Straße verbringen, entwickelt. Zentrales Element: Einzelfallhilfe der sozialarbeiterischen Begleitung (von der Streetwork bis zur Betreuung im Wohnbereich) in einem Schlüssel von 1:6 bis 1:30. Derzeitiger Stand: rund 60 Fachkräfte der beauftragten Träger betreuen an einem Stichtag rund 600 bis 800 Personen ambulant.
5. Basis für die Arbeit und die Beauftragung sowie die Steuerung der ambulanten Sozialarbeiterin sind Hilfepläne, die dynamisch fortgeschrieben werden und sich pragmatisch an Problemen in den einzelnen Lebensbereichen orientieren.
6. Ausbau der offenen Treffs bzw. Fachberatungsstellen für den Personenkreis, um Tagesstruktur und tagtägliche Basis-Versorgung zu gewährleisten.
7. Qualifizierung der ambulanten Fachkräfte durch sozialpsychiatrische Fortbildungen unter Einbeziehung von Sozialamtmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, eine Form der weichen Koordinierung.
8. Installation eines rund um die Uhr zur Verfügung stehenden Notunterbringungsdienstes des Wohnungsamtes.
9. Installation einer gemeinsamen Zugangsstelle von Sozial- und Wohnungsamt, mit dem Ziel, Erstunterbringung und Anschlussversorgung gemeinsam schnell zu koordinieren.
10. Entwicklung einer Konzeption zur Verkleinerung und Qualifizierung der Heime für allein stehende Wohnungslose. Die Nachfrage nach deren Plätzen sank durch den oben skizzierten Ausbau alternativer ambulanter Hilfen. Mit dem Landschaftsverband Rheinland konnte erreicht werden, dass in den Heimen nach § 72 Motivations- und Abklärungsphasen im Hinblick auf den § 39 BSHG möglich werden. Die zum Teil absurde Streiterei darüber, welchem der Paragraphen eine Betroffene bzw. ein Betroffener zu welchem Zeitpunkt zuzuordnen ist, soll dadurch entschärft werden.
11. Nutzung zweier kleiner privater Hotels als Spezial-Angebot für psychisch Kranke aus dem Wohnungslosenmilieu, die sich in allen anderen betreuten Wohnformen beider Systeme nicht halten konnten. Sie haben hier einen vom Sozialamt finanzierten Grundvertrag mit dem Hotelier und werden von einem Team

des DRK nur in dem Umfang begleitet, wie sie das individuell akzeptieren können. Der Erfolg dieser »Hotel Plus«-Angebote ist so durchschlagend, dass demnächst ein drittes Haus in Betrieb genommen wird.

12. Aufbau eines sozialmedizinischen mobilen Dienstes am Gesundheitsamt. Dieser wird – als Modell – finanziert von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bzw. dem Sozialamt, falls keine Ansprüche an die Krankenversicherungen bestehen. Dieser Dienst macht mittels einer fahrbaren Ambulanz regelmäßig Sprechstunden dort, wo die Menschen sich auf der Straße treffen bzw. in bestimmten Beratungsstellen. Im Vordergrund steht die Behandlung körperlicher Leiden.
13. Integration einer Krankenwohnung in ein Wohnprojekt für allein stehende Wohnungslose. Es ist gedacht u.a. für die Nachsorge nach stationären Krankenhausaufenthalten bzw. der niedrigschwelligen Motivation dazu.
14. Im Rahmen der Gesundheitskonferenz wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Krankenkassen eine Arbeitsgruppe installiert, um die Akzeptanz von Patientinnen zu vergrößern. Hier werden verschiedenste Lösungsansätze noch diskutiert.
15. Einführung einer entlassungsvorbereitenden Hilfeplanung zwischen Stadt und den an der Pflichtversorgung beteiligten Fachkrankenhäusern in Köln. Diese hat das Ziel zu vermeiden, dass Patientinnen und Patienten unkoordiniert und unbetreut in die Obdachlosigkeit hineingelassen werden, was immer wieder kritisiert werden musste.

Fazit

Der aus sozial- und ordnungspolitischen Erwägungen erforderliche Ausbau der Hilfen für Menschen auf der Straße hat zwei Aspekte:

- Er verbessert das Hilfsangebot für psychisch Kranke, die – aus welchen Gründen auch immer – im primär zuständigen sozialpsychiatrischen System nicht zurechtkommen.
- Er entlastet dieses primäre System aber auch.

Zurzeit arbeiten wir daran, dass die beiden Systeme besser miteinander verzahnt werden, ohne dass dies zur Folge hat, dass sich die

Dienste unliebsame Patientinnen und Patienten gegenseitig zur jeweiligen Entlastung zuschieben. Wir wollen dabei außerdem vermeiden, dass die sehr pragmatisch und zupackend arbeitenden Dienste der Wohnungslosenhilfe eine sozialpsychiatrische Identität annehmen, weil dies zur Folge haben könnte, dass Personen, die sich nicht als psychiatrisch hilfebedürftig definieren, wiederum ausgegrenzt würden. Psychiatrische Interventionen in diesem Bereich müssen mit großer Zurückhaltung erfolgen. Wir haben uns mit den Trägern darauf geeinigt, dass die von ihnen selbst beklagte mangelnde sozialpsychiatrische Fachkompetenz zunächst wohl am einfachsten durch Fortsetzung der Fortbildungen und durch die Besetzung freier Stellen durch psychiatrieerfahrenes Personal – ideal wären sozialpsychiatrische Pflegekräfte – ausgeglichen werden soll. Die Alternative zu der hier geschilderten Strategie der Verstärkung des §-72-Hilfesystems wäre es gewesen, das in Köln ausgebaute sozialpsychiatrische System entsprechend zu verstärken. Wir sind diesen Weg bewusst nicht gegangen, da wir dieses damit überfordert hätten und es als außerordentlich fragwürdig erschien, ob die sozialpsychiatrische Vorgehensweise die betroffenen Menschen nicht zusätzlich verschreckt hätte. Die Psychiatrie muss lernen, dass ihre Hilfen oft leichter zu akzeptieren und damit wirksamer sind, wenn sie verdeckt erfolgen. Mag sein, dass sich die großen Städte somit auf dem Umweg über die Hilfen für allein stehende Wohnungslose und Obdachlose einem indirekt wirkenden gemeindepsychiatrischen Arbeitsansatz nähern.

Wie viel Psychiatrie soll, muss, darf sein?

Klaus Dörner

Diese mir gestellte Frage nach dem richtigen Umfang der Problemlösungskompetenz der Psychiatrie soll nach den Regieanweisungen der Veranstalter auf »methodisches Handeln« und »ethische Grundsätze« Bezug nehmen. So gesehen ist die Umfang-Frage zugleich auch die ideale Leitfrage für das neue Paradigma »Von den institutions- zu den personenzentrierten Hilfen«, das die AKTION PSYCHISCH KRANKER verdienstvollerweise als Kernaufgabe für die jetzt beginnende zweite Halbzeit der Psychiatrie-Reform vorgegeben hat. Dass die Erfüllung dieser Aufgabe schwer sein wird, ergibt sich schon aus der Überlegung, dass wir Profis in der ersten Halbzeit in der Regel Reformfolge erzielen konnten, ohne die Schmerzgrenze der Infragestellung unserer eigenen Institutionen und Interessen zu überschreiten; gerade diese Überschreitung wird aber jetzt im Interesse der Betroffenen unvermeidlich: jetzt geht es ans Eingemachte, wobei kein Profi ungeschoren davonkommen wird und unsere Trialogpartner uns Profis als ihre Assistenten dabei zu kontrollieren haben. Denn dieses neue Paradigma enthält das Eingeständnis, dass wir bisher überwiegend und im Zweifel von unseren eigenen Institutionen und Interessen ausgegangen sind, was auch heißt, dass wir bisher eher mit den therapeutisch und rehabilitativ lohnendsten psychisch Kranken begonnen haben.

Der paradigmatische Umschlag aus der Institutions- in die Personenzentrierung bedeutet daher nicht nur eine technisch-methodische, sondern auch eine ethische (äußere und innere) De-Institutionalisierung (nicht mehr Enthospitalisierung), denn es geht jetzt im Kern darum, dass ich aus dem primären Dienst an meiner Institution in den Dienst der Person des jeweils Anderen trete und zwar nur in dem Umfang, den er braucht, beginnend mit dem jeweils Kränksten, auch auf Kosten meiner Institution und meiner Interessen. Zusätzlich brisant wird das neue Paradigma erst dadurch, dass die Politik – in ihrer Entscheidungsschwäche gegenüber den Lobby-Verbänden – der Steuerung durch den Markt nicht nur für die Produktionswirtschaft, wo dies überwiegend sinnvoll ist, sondern auch für den Bereich des Sozialen und der Gesundheit, wo dies nur partiell Sinn macht, freien Lauf lässt. Marktsteuerung bedeutet

nämlich, dass (psychiatrische) Institutionen, wenn sie auch nur überleben wollen, zur Expansion geradezu verurteilt sind. Betriebswirtschaftliche Rationalität zwingt stationäre wie ambulante Einrichtungen, nicht vom Bedarf der Person der Anderen auszugehen, sondern diesen – notfalls künstlich – zu vermehren, sich nicht an der Selbstbegrenzung und Verüberflüssigung, sondern am Wachstum zu orientieren, wobei die »vested interests« der Institutionen bei den psychischen Störungen noch wesentlich schwerer zu begrenzen sind als z.B. bei chirurgischen Erkrankungen (Original-Ton des Repräsentanten eines großen psychiatrischen Krankenhausträgers: »Zwanzig Reformjahre lang haben wir an die Patienten gedacht; jetzt müssen wir erstmal wieder an uns selbst denken.«) Aus diesen Gründen ist die Durchsetzung der Institutionszentrierung viel wahrscheinlicher als die der Personenzentrierung. Wenn ich nun im Sinne des neuen Paradigmas dennoch gegen diesen Wahrscheinlichkeitstrend die unwahrscheinliche Personenzentrierung verwirklichen will (und verhindern will, dass das neue Paradigma zu einem zahnlosen Tiger wie das jahrzehnte alte Motto »ambulant vor stationär« wird), dann kann ich nicht mehr auf Konsens bauen, sondern dann muss ich Kontroversen, notfalls Polarisierungen riskieren, dann muss ich wegen der Unwahrscheinlichkeit meines Ziels meinen Aktivitäten ständig zusätzliche Energie – Selbstbegrenzungenergie – zuführen im Sinne wissenschaftlicher, fachlicher, aber auch moralischer Rationalität. Zu Gunsten der letzteren Rationalität hat sich bei uns in Gütersloh eine Norm bewährt, bewusst als komplementäre Gegennorm zur Marktnorm formuliert, nach der es erlaubt ist, dort zu investieren, wo es sich am meisten lohnt. Wir haben diese Gegennorm unseren kategorischen Imperativ genannt: »Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (an Zeit, Kraft, Manpower, Aufmerksamkeit und Liebe) immer beim jeweils Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt.« Natürlich – um jedem Missverständnis zuvorzukommen – kann kein Mensch diese Norm ständig erfüllen; sie ist aber schon unter dem Strich wirksam, wenn alle sie für sich als wahr akzeptieren, wie wir in Gütersloh empirisch zeigen konnten (DÖRNER 1998).

Im Folgenden will ich die Frage nach dem richtigen Umfang der Psychiatrie durch Entfaltung der Kontroverse zwischen Institutions- und Personenzentrierung an drei Beispielen beantworten:

1. dem Psychotherapiebedarf,
2. dem Spezialisierungsbedarf und
3. dem Heimbedarf.

1. Psychotherapiebedarf

Institutionszentrierung schlägt sich hier z.B. in dem psychosomatischen Reha- und Kurklinik-Bettenberg nieder, der in Deutschland so groß ist wie im Rest der Welt, ohne dass sich jemand für diese potenzielle Milliardenverschleuderung interessiert. Um zu einem weiteren Beispiel zu kommen, habe ich über zwei Jahre in zwei Tageszeitungen alle Meldungen zu Prozentzahlen psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Leiden gesammelt: Angst, Depression, chronische Schmerzen, Schlaflosigkeit, Alkohol, Nikotinsucht, kindlicher Missbrauch, sexuelle Gewalt, Übergewicht, Essstörung, Behinderung, Hörschäden, Blutdruck, Demenz, Mobbing und Migräne. Wenn ich die jeweils schon werbewirksam hohen Prozentzahlen addiere, komme ich auf 201%! All diese Meldungen, in denen meist renommierte Wissenschaftler zu Wort kommen, haben dasselbe Strickmuster: Erst erschrecken sie den Leser, dann aber trösten sie ihn, da es doch heute hoch effektive Psychotherapie-Methoden gebe, die sich zudem wunderbar mit ebenso effektiven Psychopharmaka ergänzen würden. In der unwahrscheinlicheren, daher anstrengenderen Perspektive der Personenzentrierung würde es hingegen darum gehen, zunächst 4/5 der psychosomatischen Reha- und Kurklinikbetten abzuschaffen und damit den Zauberberg-Zopf abzuschneiden, der sich noch der sozialen Befriedungspolitik Bismarcks verdankt und uns heute zur weltweiten Lachnummer macht. Wie in anderen Ländern wären die sinnvollen rehabilitativen und präventiven Leistungen vom lukrativen Bett zu trennen und ambulant-kommunal anzubieten. Weiter würde es um die organisatorische Selbstbegrenzung der psychotherapeutischen Möglichkeiten gehen, wobei man – personenzentriert – sich zunächst auf die Psychotherapeutisierung der Psychiatrie, die begonnen hat, vor allem aber der stationären somatischen Medizin zu konzentrieren hätte (ohne neue Spezialbetten), in Bindung an die medizinische Indikation mit dem Kränksten beginnend. Diese Aufgabe wäre so groß, aber auch so sinnvoll, dass man guten Gewissens alle weiteren psychotherapeutischen Bedarfsexpansionsfragen vertagen könnte.

2. Stationärer Spezialisierungsbedarf

Es entspricht der Institutionszentrierung, wenn sich in der letzten Zeit in den Gesundheitsministerien der Länder die Listen solcher psychiatrischer Patientengruppen häufen, für die von Krankenträgern oder Universitätskliniken wegen ihrer besonderen Problematik stationäre Spezialangebote mit überregionalem, marktgesteuertem Einzugsbereich unter Aufhebung des Sektorprinzips gefordert werden. Inzwischen umfassen diese Listen bereits den größeren Teil des Gesamtspektrums der stationär behandlungsbedürftigen Patienten, obwohl es in der ganzen Welt bisher keine seriösen Vergleichsuntersuchungen gibt, die beweisen würden, dass ein stationäres Spezialangebot wirksamer wäre, während einigermaßen gesichert ist, dass eine monokulturelle Unterbringung psychiatrischer Patienten das Chronifizierungsrisiko erhöht. Personenzentrierung hingegen würde bedeuten, dass das Sektorprinzip so lange absoluten Vorrang hat, bis diese erste und vornehmste Norm der Psychiatrie-Enquete (Gemeindenähe) verwirklicht ist, d.h. bis alle stationären Einheiten die ausnahmslose Vollversorgung des Sektors, der Region garantieren, in der sie selbst geografisch lokalisiert sind, was vielerorts noch nicht erreicht ist. Damit hätte man nicht nur bei der Chancenverbesserung der Chancenlosesten begonnen, sondern damit wäre auch der Streit zwischen der Fachklinik und der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus gegenstandslos; denn während z.B. die Fachklinik Mönchengladbach diese Norm schon erfüllt hat, können dies manche Abteilungen noch nicht von sich behaupten. Erst in dem Maße, wie dieses Ziel der Psychiatrie-Enquete wirklich erreicht wäre, könnte man überlegen, auf welche Weise ein wirklich rational gesicherter Spezialisierungsbedarf zu organisieren ist, ob innerklinisch, ob ambulant (wohin der Trend bei sich verkürzender Verweildauer ohnehin geht) oder ob in gegenseitiger Nachbarschaftshilfe.

3. Heimbedarf

Die institutionszentrierte Perspektive der ersten Halbzeit der Psychiatrie-Reform hat den Heimbedarf erst hervorgebracht. Das Heimsystem, so wie es jetzt noch expandiert, ist ein Reform-Produkt, als wir zu schnell zu viel gewollt haben und uns daher nicht auf die

Person des einzelnen chronisch psychisch Kranken »Zeit raubend« einlassen und zentrieren mochten. Die psychiatrischen Krankenhäuser definierten die chronisch Kranken als Fehlplatzierte, als Nicht-begehrenswerte, als Menschen, für die sie nicht zuständig seien. Diese Sicht ist auch heute noch wirksam. Insofern war und ist die »Enthospitalisierung« überwiegend nur eine Umhospitalisierung; sie war und ist eine Aktion der Säuberung.¹

Unsere Institutionszentrierung greift aber noch tiefer: Insbesondere wir Psychiater gaben und geben unsere Endverantwortung für die chronisch psychisch Kranken an andere Institutionen und an andere Berufsgruppen ab, so als ob sie aus unserem Zuständigkeitsbereich einfach herausgefallen seien.² Dies wird besonders beschämend deutlich, wenn heute die ehemaligen Großkrankenhäuser, überwiegend zur Finanzierung ihrer zu groß gewordenen Infrastruktur, sich ca. 100 chronisch psychisch Kranke in einem Heimteil halten, wobei der leitende Psychiater die Endverantwortung für diese Patienten an den kaufmännischen oder Verwaltungsleiter abgibt, der dann für sie einen Sozialarbeiter oder einen Psychologen einsetzt. Nur solange wir diesen institutionszentrierten Defekt an wissenschaftlicher, fachlicher und moralischer Rationalität zulassen, können die Kostenträger die widerlegbare Behauptung wagen, sie könnten den freien Markt derer nicht steuern, die Anträge auf die Eröffnung neuer Heime stellen.

Wie können wir nun demgegenüber im Rahmen der Umsetzung des neuen Paradigmas der Personenzentrierung für chronisch psychisch Kranke gerecht werden? Einmal dürfte die These schwer widerlegbar sein, dass eine Psychiatrie wissenschaftlich nur dann

- 1 Dies ist keine Schuldzuweisung an die psychiatrisch Tätigen der 70er-Jahre; denn wenn ich noch zehn Jahre früher in einem Landeskrankenhaus angefangen hätte, hätte ich vermutlich genauso gehandelt. Nachdem aber H. Kunze u.a. uns dafür die Augen geöffnet haben, wissen wir es besser und dürfen daher heute nicht mehr so handeln; insofern ist meine Bewertung eine Schuldzuweisung an uns Heutige.
- 2 Diese makabre Engführung der psychiatrischen Perspektive reicht zurück bis in die 60er-Jahre des 19. Jh., also bis zum Streit zwischen dem gemeindepsychiatrisch sonst so verdienstvollen Griesinger und den Anstaltspsychiatern: Griesinger hatte kein Interesse an den chronisch psychisch Kranken, weil diese keinen »lebendigen« Krankheitsprozess mehr hätten und daher kein medizinisches Problem mehr seien (vgl. SAMMET 2000).

rational ist, wenn sie auch über eine Chronisch-Kranken-Psychiatrie verfügt und mit dieser auch noch beginnt.³

Zum anderen ist eine Psychiatrie auch fachlich erst dann rational, wenn sie im Umgang mit chronisch psychisch Kranken über einen Kanon methodischen Handelns verfügt, zu dem z.B. gehört: Rehistorisierung der chronisch Kranken; Archäologie ihrer Angehörigen; psychotherapeutische Intensität der 1:1-Beziehung vom Anderen her; Vielfalt der Arbeitsmöglichkeiten für chronisch Kranke (von der Assistenz über die WFB bis zur Selbsthilfe- und Zuverdienstfirma), schon weil diese die Tagesstätten als gefährlichem Institutionalisierungsbeginn der Kommune weitgehend überflüssig machen würde; und zu diesem Methodenkanon gehört auch die Erkenntnis, dass die vernachlässigste Gruppe in der Gemeinde nicht etwa die chronisch psychisch Kranken, nicht mal deren Angehörige, sondern die Normalbürger sind, die 90 % der Sozialkontakte der bereits kommunal lebenden chronisch psychisch Kranken wahrnehmen und die wir (statt sie allein zu lassen und durch Anti-Stigma-Kampagnen als Stigmatisierer zu stigmatisieren) im Sinne von »community care« in ihren freiwillig-unfreiwilligen, unbezahlten Sozialkontakten zu begleiten, zu ermutigen und zu gewöhnen haben, wofür wir die meisten Gemeinwesen-Methoden erst noch erfinden müssen (Empowerment für die Normalbürger).

Schließlich ist eine Psychiatrie auch moralisch erst dann rational,⁴ wenn jeder – vom Chefarzt angefangen – seine Verantwortung beim letzten ausgelagerten Heimbewohner seiner Region oder auch bei den »Heim-Unfähigen« beginnen lässt (DÖRNER 2001). Doch hinsichtlich der Frage des Heimbedarfs, was den Umfang der Psychiatrie angeht, reicht all dies für die Verwirklichung der Personenzentrierung noch nicht aus: Weil nämlich inzwischen empirisch erwiesen ist, dass 1. mindestens 50 % der psychisch kranken Heimbewohner auf der Stelle in ambulante Betreuung entlassen werden können (ähnlich könnten 50 % der psychisch Kranken im betreuten Wohnen ohne diese Hilfe auskommen), dass wir 2. ohne fachlichen Grund und wider-

- 3 Fingerübungen zu einer chronisch-Kranken-Psychiatrie in DÖRNER, 1998.
- 4 Vielleicht könnte man Moral hier spaßeshalber operationalisieren als das Quantum der ständig zusätzlich meinen Aktivitäten zuzuführenden Energie, das erforderlich ist, um gegen den Wahrscheinlichkeitstrend das Unwahrscheinliche (die Personenzentrierung) zu realisieren.

rechtlich bis zu 50.000 Heimbewohner wesentliche Freiheitsrechte vorenthalten (und dennoch gut schlafen können) und dass 3. der Heimstatus eines Menschen den personenzentrierten Umgang mit ihm fast ausschließt, haben wir nicht nur mit den Patientenrechten bei den Letzten, den Heimbewohnern, anzufangen, sondern auch ab sofort mit dem heutigen Tage den Prozess der Verüberflüssigung der Heime einzuläuten. Dies ist so eilbedürftig, gerade weil dieser Prozess die Sozialstruktur der gesamten Gesellschaft so umwälzt, dass er so behutsam und verantwortlich zu betreiben ist, dass er mindestens 50 Jahre dauern muss und dass wir heute noch nicht wissen dürfen, wie weit wir verantwortlich mit ihm kommen werden. Aber die Argumente für die Notwendigkeit diesen Prozess jetzt wenigstens einzuläuten, sind vielfältig und überwältigend.

1. Viele Länder, insbesondere die skandinavischen Länder, aber auch Regionen in England, den USA und Kanada, haben einen Vorsprung von 10 bis 20 Jahren vor uns und haben uns vorge-macht, wie weit man auf diesem Weg unter Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten kommen kann.
2. Der Institutionstyp Heim (oder Anstalt) war eine Problemlösungsmethode des 19. Jh. und damals nicht nur segensreich, sondern oft sogar lebensrettend, hat sich aber als Problemlösungsmethode für das 21. Jahrhundert überholt.
3. In der Perspektive der Individualisierungsnorm von uns post-oder spätmodernen Menschen muss man heute sagen, dass kein Mensch in Kenntnis der durchaus schon vorhandenen kommunal-ambulanten Alternativen wirklich freiwillig von sich aus das Leben in einem Heim wählen könnte: Insofern gibt es heute nur noch unfreiwillige Heimaufenthalte.
4. Bezogen auf die gewaltige Expansion der Persönlichkeitsrechte in unseren heutigen Gesellschaften ist das Heim als Institutionstyp heute nicht mehr kontrollierbar, gleichgültig, wie viele Heimkontrollgesetze man auch nachschieben mag.
5. Nicht nur auf Grund von Gerichtsurteilen in den USA, sondern auch auf Grund des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zum »besonderen Gewaltverhältnis« ist zu sagen, dass das Leben in einem Heim, weil nicht mehr – wie das Gefängnis oder die Schule – *absolut* notwendig, mit der Verfassung nicht vereinbar ist.
6. Blankenburg und Gütersloh sowie bezogen auf geistig Behinderte Alsterdorf, Hephata/Mönchengladbach und Berlin haben

empirisch gezeigt, wie weitgehend behinderte Menschen ohne ein Heim leben können.

7. Wer ernsthaft unsere Gesellschaft in eine Zivil- oder Bürgergesellschaft weiterentwickeln will, muss wissen, dass dies nur eine weitgehend heimlose Gesellschaft sein kann. Und:
8. Schließlich machen sich die überörtlichen Sozialhilfeträger auf Grund von Hochrechnungen Gedanken darüber, dass das Heimsystem in einiger Zeit ohnehin nicht mehr zu bezahlen sein wird, das Geld nicht zu vermehren und stattdessen anders auszugeben ist: Die technischen und zwischenmenschlichen Hilfen und was sonst früher einmal das Heim akzeptabel gemacht hat, sind dorthin, wo die Menschen leben, in ihre Wohnung und in ihre Lebenswelt zu holen.

Da solche epochalen Veränderungen, wenn sie wirklich auf jede einzelne Person zentriert sind, sämtliche sozialen Verhältnisse der Gesellschaft in Bewegung und zu einem neuen Zusammenspiel bringen müssen, ist hier die Gesellschaft, der Gesetzgeber gefragt. Daher hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE – in Umsetzung ihres neuen Paradigmas und in konsequenter Fortschreibung der Psychiatrie-Enquete – ab heute damit zu beginnen, für den nächsten Bundestag eine Heim-Enquete zu fordern.

Literatur

- DÖRNER K: Ende der Veranstaltung, Neumünster: Paranus 1998
 DÖRNER K: Der gute Arzt, Stuttgart: Schattauer 2001
 SAMMET K: Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland, Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868, Hamburg: LIT 2000.

Perspektiven der psychiatrischen Krankenbehandlung

Einleitung

Heinrich Kunze

Fokus dieses Symposiums ist Krankenbehandlung in der Reichweite des SGBV. Das Prinzip »ambulant vor stationär« ist lange grundsätzlich anerkannt. Die Realität ist aber immer noch eher umgekehrt. Psychiatrische Krankenhausbehandlung nach Psych-PV umfasst verschiedene Berufsgruppen. Lange war es so, dass im ambulanten Bereich nur die fachärztliche Behandlung zur Verfügung stand und wer mehr brauchte, musste ins Krankenhaus gehen. Auf der sozialrechtlichen Ebene sind in den letzten 20 Jahren nach und nach Fortschritte erzielt worden mit dem Ergebnis, dass die wesentlichen Behandlungsleistungen psychiatrischer Krankenhausbehandlung nun grundsätzlich auch einzeln ambulant sozialrechtlich verankert sind, wenn auch die praktische Realisierbarkeit zum Teil noch ungelöst ist oder in den Anfängen steckt (Jürgen Fritze).

Die ambulanten Behandlungen werden aber von selbstständigen Leistungserbringern in Praxen erbracht, d.h. sie haben aus der Sicht von Patientinnen und Patienten eine additive Struktur, während in der Klinik die verschiedenen Komponenten der Berufsgruppen zielgerichtet integriert unter einer abschließenden ärztlichen Verantwortung realisiert werden. Eine additive Struktur erfordert eine höhere Kompetenz und Compliance von Patienten und Patientinnen, die für sich diese separaten additiven Behandlungsleistungen integrieren müssen. Claudia Kramer wird über die Möglichkeiten und Grenzen sozialpsychiatrischer Vernetzungsarbeit ausgehend von einer psychiatrischen Praxis sprechen.

Die herkömmliche Klinikorganisation ist institutionszentriert, d.h. die unterschiedlichen Stufen vollstationär, teilstationär, ambulant sind je für sich separate Einheiten. Ich werde die Nachteile dieser Organisation darlegen und dann die Vorteile von flexiblen, personenzentrierten Behandlungsprozessen darstellen, die ambulante, teilstationäre und vollstationäre Phasen bei therapeutischer Konti-

nuität umfassen können. Vorteile können sowohl erwartet werden in Bezug auf die Qualität der Behandlung als auch auf den Ressourcenverbrauch.

Psychiatrische Krankenbehandlung ist in den Kontext der übrigen Medizin gerückt, sei es im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich. Herkömmliche Organisationsstrukturen sind oft noch vom behördlichen Charakter geprägt. Wir Mediziner und Medizinerinnen und die anderen Therapeutinnen und Therapeuten haben vielleicht gute Therapie gelernt, doch können wir erheblich davon profitieren, andere Entwicklungen und Kompetenzen in der Gesellschaft aufzugreifen und unsere persönlichen Fähigkeiten einerseits, aber andererseits auch die Arbeitsprozesse zu optimieren im Hinblick auf bessere Kommunikation, Kooperation und Organisation sowie Selbstoptimierung und lernende Organisation. Peter Auerbach berichtet über diesen Aspekt der psychiatrischen Krankenbehandlung.

**Sozialrechtliche Voraussetzungen und Perspektiven:
Die Behandlungsleistungen der verschiedenen
Professionen in der psychiatrischen Klinik sind
grundsätzlich jetzt auch ambulant realisierbar**

Jürgen Fritze

Ausweislich des Gesundheitsberichtes für Deutschland (1998) fallen rund 80 % der direkten Krankheitskosten der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus an. Laut Angaben des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen belief sich die Summe der ambulanten und stationären Kosten für psychiatrische Behandlung (1994) auf 37,7 Mrd. DM. Danach müssten sich die Kosten der stationären Behandlung auf ca. 30 Mrd. DM belaufen. Das würde eine unverändert außerordentliche Dominanz des stationären Sektors in der psychiatrischen Versorgung bedeuten. Dies obwohl seit 1970 die Bettenzahl von ca. 118.000 auf 56.392 im Jahre 1998 abgenommen hat, also um ungefähr 52 %. Die Grundlagen dieser Kostendaten wurden leider nicht publiziert, sodass sie sich einer direkten Überprüfung entziehen. Geht man von den vom statistischen Bundesamt publizierten Fallzahlen und Verweildauern sowie von den Tagespflegesätzen aus, so sind die Daten nicht ohne weiteres nachvollziehbar:

	ICD	Jahr	Fälle	Verweildauer (Tage)	Tagespflegesatz	Jahreskosten	
V. Psychiatrische Krankheiten	290-319	1994	726.962	40,7	308 DM	9.110.217.783 DM	10,2 %
Alle Krankheiten	alle	1994	14.455.386	13,0	476 DM	89.699.096.196 DM	
V. Psychiatrische Krankheiten	290-319	1998	838.203	27,8	387 DM	9.010.711.404 DM	9,7 %
Alle Krankheiten	alle	1998	15.939.026	10,8	543 DM	93.366.762.165 DM	

Dies können selbstverständlich nur grobe Schätzungen sein. Jedenfalls ergeben sich Diskrepanzen, die hier nicht aufzulösen sind. Gleichzeitig bleibt die Tatsache bestehen, dass der Anteil der vollstationären Behandlung an der psychiatrischen Versorgung trotz der jahrelangen Bemühungen um »Enthospitalisierung« noch hoch ist.

Es besteht weitgehender Konsens und ist plausibel, dass – entsprechend des ärztlichen Grundprinzips des »primum nihil nocere« – vollstationäre Behandlung einen schwerwiegenden Eingriff in das Leben der Betroffenen darstellt, der sich nur dann rechtfertigt, wenn und solange das therapeutische Ziel nur so erreicht werden kann. Grundsätzlich soll die Therapie die Kranken so wenig wie möglich aus ihrem Lebensfeld herausnehmen. Damit stimmt die sozialrechtliche Vorgabe »ambulant vor stationär« überein, auch wenn ihr primär ökonomische Motive zu Grunde liegen.

Betrachtet man für die zehn quantitativ führenden (insgesamt 72 % der Fälle des Jahres 1998) Indikationen die Entwicklung der Fallzahlen der Jahre 1994–1998 (Abb. 1), so führt in den Absolutzahlen die Alkoholabhängigkeit gefolgt von den schizophrenen Psychosen. Die prozentual größte Steigerung ist bei den Drogenpsychosen (84 %) zu verzeichnen, gefolgt von Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit (54 %), Alkoholpsychosen (37 %), anderen nichtorganischen Psychosen (19 %), senilen und präsenilen organischen Psychosen (15 %), schizophrenen Psychosen (8 %), »Neurosen« (7 %), affektiven Psychosen (7 %), Alkoholabhängigkeit (5 %).

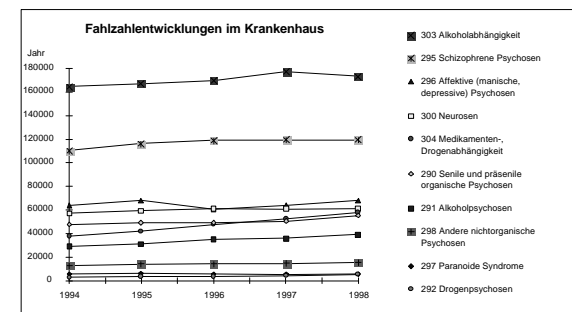


Abb. 1: Fallzahlentwicklung im Krankenhaus für die quantitativ führenden Indikationen (insgesamt 72 % der Fälle des Jahres 1998; statistisches Bundesamt)

Die Entwicklung der Fallzahlen ist nicht eindeutig interpretierbar. Sie könnte Ausdruck veränderter Morbidität oder besseren Erreichens früher ungedeckten Behandlungsbedarfs sein. Sie könnte aber auch im Sinne der sog. »Drehtürpsychiatrie« (wiederholte Wiederaufnahmen derselben Patientinnen und Patienten) Folge einer unter ökonomischem Druck abnehmender, medizinisch nicht sachgerechter Verweildauer sein. Medizinisch zumindest in so weit nicht sachgerecht, als möglicherweise ambulante Behandlungsangebote für psychisch Kranke bei frühzeitiger Entlassung aus vollstationärer Behandlung und fortbestehenden Behandlungsbedarf nicht adäquat verfügbar sind oder zumindest die Kranken nicht erreichen. Es ist unmöglich, diesen Fragen abschließend nachzugehen, da nur fallbezogene und nicht personenbezogene Daten zugänglich sind.

Betrachtet man also bei diesen Indikationen die Verweildauern (Abb. 2), so führen in den Absolutzahlen die schizophrenen Psychosen gefolgt von den affektiven Psychosen. Abgesehen von den affektiven Psychosen und den Drogenpsychosen ist generell eine deutliche Abnahme der Verweildauern zu verzeichnen, wobei prozentual die Alkoholpsychosen mit einer Abnahme der Verweildauer um 45 % führen, gefolgt von den senilen und präsenilen organischen Psychosen (44 %) und den Schizophrenien (40 %). Selbstverständlich müssen diese Abnahmen der Verweildauern differenziert bewertet werden. Dabei gilt es, auch die unterschiedlichen Ausgangslagen zu berücksichtigen. Immerhin haben aber eine Reihe von Untersuchungen ergeben, dass die Verkürzung des Verweilens Alkoholkranker z. T. um den Preis zunehmender Wiederaufnahmefrequenz erkauft wird.

Die Betrachtung der Entwicklung der altersbezogenen Verweildauern legt nahe, dass die Verweildauerverkürzung bei den Schizophrenien zumindest auch der Entlassung von Langzeitpatientinnen und -patienten oder der Umwidmung von Langzeitbereichen in Heimbereiche zuzuschreiben ist, indem die Verweildauerverkürzung hier vor allem die oberen Altersgruppen betrifft. Jedoch bestehen hier vor allem die oberen Altersgruppen betrifft. Jedoch bestehen hier vor allem die oberen Altersgruppen betrifft. Jedoch bestehen hier vor allem die oberen Altersgruppen betrifft.

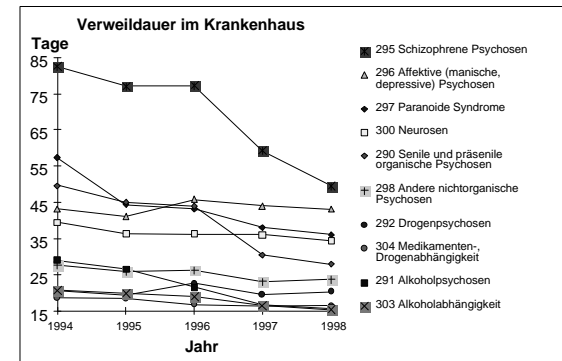


Abb. 2: Entwicklung der Verweildauer im Krankenhaus für die quantitativ führenden Indikationen (insgesamt 72 % der Fälle des Jahres 1998; statistisches Bundesamt)

sich auch erklären, dass bei einer Punktprävalenz von ca. 350.000 schizophrenen Kranken jährlich fast 120.000 Krankenhausaufnahmen wegen einer Schizophrenie erfolgen. Diese Zahlen bedeuten, dass jede/r Kranke ungefähr einmal innerhalb von zwei bis drei Jahren stationär aufgenommen wird, was mit einer jährlichen Rezidivrate von ungefähr 50 % (statt – wie in kontrollierten Studien erreichbar – unter 20 %) und damit einer Non-Compliance von 50 % vereinbar ist. Zu dieser Non-Compliance trägt die begrenzte Verträglichkeit der in der ambulanten Versorgung noch überwiegend eingesetzten typischen Neuroleptika und deren damit verbundene geringe Akzeptanz bei: Der Anteil der atypischen Neuroleptika an den gesamten Verordnungen von Neuroleptika liegt nur bei ca. 14 % (was auch Folge ihrer höheren Tagesbehandlungskosten ist). Zur Non-Compliance trägt des Weiteren bei, dass die Psychoedukation (unter Einbezug der Angehörigen) bisher nicht zum allgemeinen Standard gehört, obwohl ihre Wirksamkeit belegt ist und in der ambulanten Versorgung nicht honoriert wird, sondern der – begrüßenswerten – Einzelinitiative überlassen bleibt.

Schätzt man (Abb. 3) anhand der Produkte aus Fallzahlen und Verweildauern die Belegungstage bzw. aus Belegungstagen und Tagespflegesätzen die Kosten der vollstationären Krankenhausbehandlung, so führen die Schizophrenien mit 25,4 % gefolgt von den af-

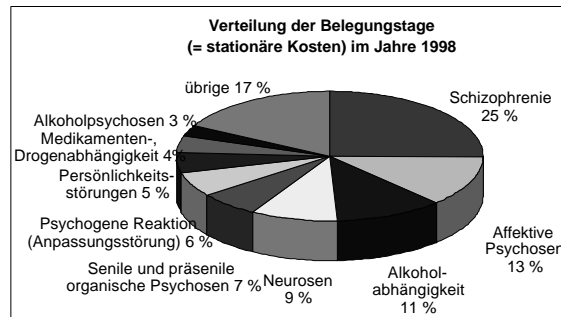


Abb. 3: Anteil der führenden Krankheitsgruppen an den Belegungstagen (und damit Kosten der vollstationären Behandlung)

effektiven Psychosen (12,6 %) und der Alkoholabhängigkeit (11,3 %). Aus ökonomischer Sicht ist es plausibel, auf die größten Kostenblöcke den größten ökonomischen Druck auszuüben, denn hier sind die größten Einsparungen (i.W. durch Verweildauerverkürzung) und damit die größte Effizienz der Intervention zu erwarten. Dass der Druck bei den affektiven Psychosen bisher die geringsten Wirkungen auf die Verweildauer hatte, erklärt sich vermutlich bezüglich der Depressionen aus dem Suizidrisiko und bei den Manien aus der möglichen Fremdgefährdung. Die meisten psychischen Krankheiten nehmen einen chronischen oder chronisch-rezidivierenden Verlauf. Also darf mit wenigen Ausnahmen die professionelle Betreuung psychisch Kranker nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus enden. Behandlungskontinuität ist unverzichtbar. Gleichzeitig gilt es, den Auftrag der Psychiatrie-Enquete zur gemeindenahen Versorgung weiterzuentwickeln in Richtung der Versorgung im individuellen Lebensfeld der Kranken. Das bedeutet eine zunehmende Abkehr vom bisherigen Einrichtungsbezug: Idealtypisch kommen künftig die Kranken nicht mehr zur Institution, um das dort vorgehaltene Standardrepertoire an Angeboten (so weit sie eben vorhanden sind) zu nutzen, sondern den Kranken werden die Angebote entsprechend der aktuellen medizinischen Notwendigkeit individuell ausgewählt zugänglich gemacht. Deshalb müssen die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen mit den komplementären Diensten und der niedergelassenen Ärztinnenschaft zu einem

funktionierenden, patientinnenzentriert arbeitenden Netz verwoben werden. Der ökonomisch motivierte Druck auf die Verweildauern trifft sich hier mit dem therapeutischen Interesse, die Behandlung zunehmend in das Lebensfeld der Kranken zu verlagern. Gleichzeitig gefährdet aber die ökonomisch motivierte Verkürzung der Verweildauer die Behandlungskontinuität, wenn nicht entsprechende ambulante Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im Gesundheitsreformgesetz 2000 den Anspruch von Kranken, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, auf ambulante Soziotherapie festgeschrieben, »wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist« (§ 37a SGBV). Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seinen Richtlinien insbesondere zu konkretisieren, bei welchen Krankheitsbildern die Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt sind und wie die Soziotherapie inhaltlich und formal auszugestalten ist. Mit dem Anspruch auf ambulante Soziotherapie soll also die Behandlungskontinuität gewährleistet werden, um Krankenhausbehandlung wo möglich gar nicht mehr notwendig werden zu lassen. Durch die Soziotherapie sollen also Kranke erreicht werden, die grundsätzlich den Kontakt zur niedergelassenen Ärztin bzw. zum Arzt pflegen, die aber nicht durchgängig in der Lage sind, regelmäßig die indizierten Behandlungsmaßnahmen selbstständig »abzuholen«. Die Soziotherapie dient also zur Sicherstellung der ambulanten Therapie per se und ihrer Kontinuität. Dem Bundesausschuss ist es bisher (Stand April 2001) nicht gelungen, die von § 37a SGBV geforderten Regelungen zu konsentieren. Die Soziotherapie gemäß § 37a SGBV erreicht quasi per definitionem solche Kranken nicht, die die Hilfsangebote niedergelassener Ärztinnen und Ärzte überhaupt nicht in Anspruch nehmen. Entsprechend hat das Gesundheitsreformgesetz 2000 als Analogon psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, ermächtigt, Institutsambulanzen zu führen (§ 118 Abs. 2 SGBV). Dazu hatte die Selbstverwaltung (Spitzenverbände der Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) in einem Vertrag zu konsentieren, der die Gruppe psychisch Kranker definiert, die »wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung« der am-

bulanten Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen bedürfen. Dieser Konsens ist Ende des Jahres 2000 gelungen; der Vertrag ist zum 01.04.2001 in Kraft getreten. Die Vereinbarung gilt gleichermaßen für Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung Erwachsener wie Kinder und Jugendlicher. Damit wird der Gesetzestext, der nur allgemein von psychiatrischen Abteilungen spricht, sachgerecht umgesetzt, indem der Begriff »psychiatrische Abteilungen« Einrichtungen für alle Altersgruppen umfasst. Die Vereinbarung gilt auch für psychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken, so weit sie die regionale Pflichtversorgung übernommen haben. Auch hiermit wird der Gesetzestext umgesetzt, indem Universitätskliniken Allgemeinkrankenhäuser (in Abgrenzung von Fachkliniken) darstellen. Grundsätzlich ist es verständlich, dass die niedergelassene Ärzinnenschaft die Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen als Konkurrenz erlebt. Konkurrenz wäre aber nur dann zu erwarten, wenn die Klientel der Institutsambulanzen der Klientel niedergelassener Nervenärztinnen und Psychiaterinnen entspräche. Auch der Gesetzgeber hatte über Jahre eine solche Konkurrenz und damit verbundene Doppelstrukturen befürchtet. Diese fortbestehende Sorge zeigt sich auch in der Konkretisierung in Absatz 1 von § 118 SGBV mit Einführung des zusätzlichen Alternativkriteriums (für die Behandlung in Institutsambulanzen zu ermächtigender psychiatrischer Fachkrankenhäuser), dass die Kranken »wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen« sein müssen. Ziel der neu ermächtigten Institutsambulanzen soll aber gerade sein, Kranke zu erreichen, die bisher »wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung« nicht erreicht wurden und werden und deshalb eines solchen besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Dabei geht es – wie bei der Soziotherapie – ganz wesentlich um die Sicherstellung der Behandlungskontinuität. Wenn aber die Institutsambulanz einen spezifischen Bedarf befriedigen soll, so müssen sich die Angebote der Institutsambulanz spezifisch an der »Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung« orientieren. Anders wäre der gesetzliche (und medizinisch wünschenswerte) Auftrag nicht zu realisieren, d.h. es galt auch, die Leistungsinhalte der Institutsambulanz zumindest in groben Zügen zu skizzieren. Der Gesetzgeber war gut beraten, den Anspruch auf die Behandlung in Institutsambulanzen nicht mit Krankheitsdiagnosen zu definieren, sondern sich auf den Hinweis

auf »Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung« zu beschränken. Der Gesetzgeber war auch gut beraten, den Anspruch auf jene Kranken zu beschränken, die wegen der »Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung« der Behandlung durch die Institutsambulanz bedürfen. Unverständlich ist allerdings, dass der Gesetzgeber Art, Schwere und Dauer der Erkrankung als alternative (»oder«) Kriterien vorgesehen hat. Es ist plausibel, dass jedes der drei einzelnen Kriterien für sich allein nicht die Notwendigkeit der Behandlung in einer Spezialeinrichtung begründen kann. Das wird besonders evident bezüglich der Dauer: z.B. können die meisten schizophrenen Kranken über Jahre kontinuierlich die Hilfe ihrer niedergelassenen Ärztin bzw. ihres Arztes in Anspruch genommen haben. Es wäre abwegig, diese Kranken nun einer Institutsambulanz zuführen zu wollen. Die drei Kriterien müssen also parallel (additiv: Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung) erfüllt sein, dies aber sehr wohl bei jedem Kriterium mit im Einzelfall unterschiedlichem Gewicht. Der Art der Krankheit (Diagnose) kommt dabei die geringste Bedeutung zu, denn die allermeisten psychischen Krankheiten bedürfen kontinuierlicher Behandlung. Nur statistisch und nicht für den Einzelfall lässt sich sagen, dass die Wahrscheinlichkeit, notwendige kontinuierliche Behandlung nicht selbstständig wahrzunehmen, bei schizophrenen Psychosen am höchsten sein wird. Daraus aber abzuleiten, nur schizophrenen Kranken sei der Anspruch auf Therapie in Institutsambulanzen zuzugestehen, wäre medizinisch unsinnig. Unabhängig von der Diagnose ist entscheidend, ob der Kranke aufgrund von Art, Schwere und Dauer der Erkrankung nicht in der Lage ist, selbstständig für Behandlungskontinuität zu sorgen, so weit diese notwendig ist. Das bedeutet auch, dass eine Kranke, die diese Behandlungskontinuität als klare Willensentscheidung nicht wünscht und bei der diese Ablehnung nicht Folge von Art, Schwere und Dauer der Krankheit ist, keinen Anspruch auf Behandlung in einer Institutsambulanz haben kann. Die drei Kriterien reichen aber noch nicht aus, um den Anspruch zu begründen: zusätzlich muss ein Bedarf (»bedürfen«) gegeben sein. Ein Bedarf kann nicht gegeben sein, wenn in der Vergangenheit der Kranke trotz der »Art, Schwere und Dauer seiner Erkrankung« die Hilfe seiner niedergelassenen Ärztin bzw. seines Arztes selbstständig regelmäßig in Anspruch genommen hat und es keine Gründe gibt, dies für die Zukunft zu bezweifeln. Wenn es also auf die Sicherstellung der Behandlungskontinuität durch die In-

stitutsambulanz ankommt und die Art der Erkrankung von untergeordneter Bedeutung sein muss, so konnte die Vereinbarung den Anspruch nicht an Diagnosen binden, vielmehr die Art der Erkrankung nur exemplarisch konkretisieren. Immerhin drückt die exemplarische Hierarchisierung »insbesondere Schizophrenien, affektive Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen, ferner auch Suchtkrankheiten mit Komorbidität und gerontopsychiatrische Krankheiten« Priorisierungen aus, die bei der Überprüfung des Anspruchs Hinweise geben. Eine Ersterkrankung kann kaum den Anspruch auf Behandlung in einer Institutsambulanz begründen, weil in der Regel eine Aussage über die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Behandlung und erst recht das Inanspruchnahmeverhalten der Kranken in der ambulanten Behandlung kaum getroffen werden kann. Die Dauer der Krankheit ist also ein wesentliches Kriterium. Im Einzelfall kann dies anders sein, was die Vereinbarung explizit anerkennt, nämlich wenn »mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegen stehen«. Je länger die Krankheit bereits besteht, desto leichter lässt sich aus dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten der Kranken in der Anamnese ableiten, ob ein Bedarf an Behandlung durch die Institutsambulanz besteht, nämlich »wenn der Kranke in der Vergangenheit eine notwendige, kontinuierliche Behandlung nicht aus eigenem Antrieb in Anspruch genommen hat, oder die notwendige kontinuierliche Behandlung nicht stattgefunden hat, also eine Symptombesserung und soziale Stabilisierung nicht gelungen ist«. Es müssen also – mit im Einzelfall unterschiedlichem Gewicht – alle vier Kriterien, Art, Schwere, Dauer und Bedarf, erfüllt sein und das Angebot der Institutsambulanz muss geeignet sein, den vier Kriterien gerecht zu werden. Der Anspruch kann aber andererseits nur so lange bestehen bleiben, wie die Kriterien erfüllt bleiben. Es ist also nicht nur gutes Therapieziel im Sinne der lebensfeldnahen Behandlung, den Kranken in die außerklinische Betreuung zurückzuführen, sondern auch eine Forderung dieser Vereinbarung. Der Direktzugang zur Institutsambulanz ist grundsätzlich nicht verwehrt, wenn auch eine Begründung des Anspruchs durch die Überweisung durch eine niedergelassenen Ärztin bzw. einen Arzt Nachfragen vorbeugen wird. Das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanz hat die Kriterien des Facharztstandards zu erfüllen. Die Instituts-

ambulanz ist ein Herzstück der psychiatrischen Abteilung. Sie trägt höchste Verantwortung für die Kranken. Diese Verantwortung kann nicht an Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten delegiert werden. Die Behandlungsangebote der Institutsambulanz müssen das gesamte therapeutische Spektrum umfassen (inkl. z.B. Ergotherapie, Psychoedukation, Soziotherapie und Psychotherapie), denn die Institutsambulanz soll bei Schwerstkranken etwas erreichen, was die Betreuung durch die niedergelassene Ärztin bzw. den Arzt (einschließlich ambulanter Soziotherapie) bei diesen Schwerstkranken nicht erreichen kann. Anderenfalls würden Doppelstrukturen aufgebaut, was ausdrücklich nicht das Ziel ist.

Der Anspruch kann nur so lange bestehen bleiben, wie die Kriterien erfüllt bleiben. Deshalb hat die Institutsambulanz mit den niedergelassenen Vertragsärztinnen sowie den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und komplementären Einrichtungen sowie der Selbsthilfe zu kooperieren. Es gehört also zu den Aufgaben der Institutsambulanz, alle Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, die Kranken in die vollständig ambulante Behandlung in ihrem Lebensfeld zurückzuführen. Eine der strukturellen Voraussetzungen, damit die Rückführung der Mehrzahl der Kranken in die vollständig ambulante Betreuung gelingen kann, ist bisher nicht erfüllt. Auch nach Umsetzung der Vorschriften zur Soziotherapie (§ 37a SGB V) wird ambulante psychiatrische Behandlungspflege fehlen. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. hat hierzu im Jahre 1999 dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten vorgelegt.

Perspektiven der psychiatrischen Krankenbehandlung aus Sicht einer niedergelassenen Nervenärztin

Claudia Kramer

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich an dieser Stelle, zu diesem Thema aus Anlass des 25. Jahrestages der Psychiatrie-Enquete einen Beitrag aus meiner Berufserfahrung leisten zu dürfen. Mein Statement gliedert sich in vier Teile:

- Meine eigenen beruflichen Erfahrungen
- Die Defizite in der ambulanten psychischen Versorgung aus Sicht einer niedergelassenen Nervenärztin
- Möglichkeiten durch die gesetzlichen Veränderungen bezogen auf:
 - psychiatrische Institutsambulanzen
 - integrierte Versorgung
 - Soziotherapie
- Fazit unter der Fragestellung: Die psychiatrische Fachpraxis: »Möglichkeiten und Grenzen sozial-psychiatrischer Vernetzungsarbeit«

Meine eigenen beruflichen Erfahrungen

Zunächst zu meiner beruflichen Erfahrung. Ich komme aus Bielefeld, einer mittleren Großstadt mit 320.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Vergleich mit anderen Städten und Gemeinden zeigt, dass wir im positiven Sinne eine Sonderrolle spielen und eigentlich alle bekannten Versorgungsangebote im Bereich der Psychiatrie sowohl stationär als auch ambulant haben, wobei ich besonders auf den Kriseninterventionsdienst, den nervenärztlichen Notdienst und die psychiatrischen Ambulanzen hinweisen darf. Das große Angebot an nervenärztlicher Versorgung hat es mir im Laufe der Jahre ermöglicht, eine Praxisstruktur zu entwickeln, die in einem ländlichen Bereich mit anderen Anforderungen nicht machbar gewesen wäre. 90 % meiner Patientinnen haben psychiatrische Diagnosen, ich betreue regelmäßig vier Altenheime sowie konsiliarisch ein Allgemeinkrankenhaus. Ich biete keine Psychotherapie

an. Neben der Diagnosestellung ist die Erstellung eines komplexen Therapieangebotes erforderlich, d.h. ich behandle und koordiniere die Einbeziehung von beispielsweise Psychotherapie, psychiatrische Ambulanz, psychiatrische Hauskrankenpflege, Ergotherapie, soziale Diensten, Medizinischen Dienst, Beratungsstellen. Dieses System funktioniert – für mich. Und damit komme ich gleich zu meinem zweiten Punkt, der sich damit befasst, welche Defizite ich sehe.

Defizite in der ambulanten psychiatrischen Versorgung aus Sicht einer niedergelassenen Nervenärztin

In der sozialpsychiatrischen Tätigkeit setzt sich die Behandlung im Allgemeinen aus verschiedenen Bausteinen zusammen, die meistens verschiedenen Hilfesystemen angehören. Im System der ambulanten psychiatrischen Versorgung steht die niedergelassene Nervenärztin bzw. der niedergelassene Nervenarzt alleine, sie/er sucht sich zusammen mit der Patientin patientinnenbezogen die einzelnen Bausteine, wobei verbindliche Kooperationen und Absprachen im bisherigen System leider fehlen. Dass heißt nicht, dass nicht ausreichend versorgt wird, sondern dass der Rahmen, in dem die Versorgung stattfindet, verbesserungswürdig ist. Möglichkeiten sind gegeben durch die neuen sozialrechtlichen Veränderungen, auf die ich im dritten Teil weiter eingehen möchte. Bezüglich der Möglichkeiten möchte ich Ihnen die Wünsche der Bielefelder Nervenärztinnen und Nervenärzten vorstellen, Wünsche, die zum Teil erfüllt sind, für die anderen Wünsche laufen aber auch Kontaktgespräche.

Wünsche der Bielefelder Nervenärztinnen und -ärzte

1. Wir übernehmen seit über zehn Jahren mit unserem nervenärztlichen Notdienst außerhalb der Praxiszeiten die ambulante nervenärztliche Notfallversorgung in Bielefeld. Wir wünschen uns eine Beteiligung der psychiatrischen Ambulanzen – dieses ist rechtlich seit dem 01.01.2000 möglich. Unsere Anfrage läuft.
2. Wir versorgen den gleichen Patientinnenkreis wie psychiatrische Ambulanzen. Die Unterscheidung nach »Art, Schwere und Dauer« hat noch niemand in Merkmale, die eine Unterscheidung

möglich machen, umsetzen können. Wir wünschen uns die Möglichkeit der Mitinanspruchnahme der nichtärztlichen Leistungen ohne gleichzeitige Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz.

3. Fallgespräche mit allen Beteiligten sind erforderlich während der stationären Behandlung. Wir sind dazu bereit. Wir wünschen uns dafür eine Vergütung. Diese geht nur über den stationären Bereich als Konsiliartätigkeit.

Erfüllte Wünsche der Bielefelder Nervenärztinnen und -ärzte

1. Gemeinsamer Konsiliardienst in Allgemeinkrankenhäusern.
2. Es gibt gewachsene Kooperationsstrukturen bei Konsiliardiensten, d.h. in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (Chirurgie, Innere, Gynäkologie) bei psychischen Problemen.
3. Im Verbund (Vertragsärztin/-arzt und psychiatrische Klinik) kann jetzt nicht nur rund um die Uhr, sondern auch erfordernis-spezifisch versorgt werden.
4. Arbeitskreise – Qualitätszirkel

Möglichkeiten durch die gesetzlichen Veränderungen bezogen auf psychiatrische Institutsambulanzen, integrierte Versorgung und Soziotherapie

Zu den psychiatrischen Institutsambulanzen, der integrierten Versorgung und der Soziotherapie möchte ich nur kurze Anmerkungen aus Sichtweise einer niedergelassenen Nervenärztin anführen. **Institutsambulanzen** können jetzt flächendeckend bedarfsunabhängig eingerichtet werden. Ich komme aus einer Gegend, in der Institutsambulanzen schon lange selbstverständliche Angebote sind. Eine Differenzierung, welche Patientin oder welcher Patient von der niedergelassenen Nervenärztin/Psychiaterin oder von einer Institutsambulanz behandelt werden sollte, ist bisher noch niemandem richtig gelungen, sodass wir davon ausgehen können, dass es Nervenärztinnen und Psychiaterinnen gibt, die ein gleichwertiges ärztliches Angebot vorhalten. Deshalb unsere Erwartungen an Institutsambulanzen (§ 118 SGB V):

- Die ärztliche Patientinnenbetreuung in der Institutsambulanz

erfolgt ausschließlich und persönlich durch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie.

- Die persönliche Behandlungskontinuität der Psychiatrischen Institutsambulanz wird durch eine mindestens einjährige kontinuierliche Arbeit der einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten mit den Patientinnen und Patienten gewährleistet.
- Die Institutsambulanz muss aufsuchende ärztliche und nicht-ärztliche Betreuung anbieten.
- Die Institutsambulanz muss einen Bereitschaftsdienst nachts und am Wochenende für ihre Patienten und Patientinnen anbieten.
- Die Institutsambulanz wird nach den auch für niedergelassene Psychiatrie- und Nervenarztpraxen üblichen Wirtschaftlichkeitskriterien bezüglich Honorar und sämtlichen veranlassten Leistungen von den üblichen Gremien geprüft.

Eine kurze Anmerkung zur **integrierten Versorgung**, dabei möchte ich besonders auf § 2 (3) 1 verweisen:

§ 2 Inhalte der integrierten Versorgung

(3) Versorgungsaufträge für eine integrierte Versorgung können insbesondere umfassen:

Integrierte indikationsspezifische Versorgung (in Versorgungsketten), deren Kernfunktionen sich auf die Versorgung von Patienten mit chronischen und das Patientenproblem bestimmenden Krankheitsbildern konzentrieren.

Menschen mit Psychosen können beispielsweise in Versorgungsketten versorgt werden. Hierzu gibt es bereits Modellversuche, deren Ergebnisse man m.E. abwarten sollte. Versorgungsketten in der Regelversorgung gehen weit über Kooperation hinaus, da die Budget- und Honorarfrage mit eingebunden ist.

Die **Soziotherapie** ist

- Teil einer komplexen sozialpsychiatrischen Behandlung und unterstützt personenzentrierte Versorgung im Rahmen der Nervenarztpraxis (§ 37a SGB V),
- eine nervenärztliche verordnete Unterstützung und Handlungsanleitung für chronisch psychisch Kranke zur Überwindung krankheitsspezifischer Defizite und daraus entstehender Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld,
- eine lebenspraktische Anleitung zur Eingliederung in die Ge-

sellschaft bzw. zur selbstständigen Nutzung der sozialen Angebote.

In SGB V – § 37a ist der Personenkreis definiert, für den Soziotherapie in Frage kommt, nämlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen mit einem Hinweis auf den Schweregrad. Ca. 1 % der Bevölkerung, also 800.000 Menschen, sind von Psychosen betroffen, 1/3 von diesen, d.h. etwa 100.000 Patientinnen und Patienten sind so schwer erkrankt, dass Soziotherapie als personenzentrierter Hilfeansatz angezeigt ist. Die Soziotherapie verknüpft das biopsychosoziale Therapiemodell und führt zu einer verbesserten, indikationsgerechten, phasenspezifischen und somit verlaufsgerechten Behandlung. Durch ihren Einsatz sollen folgende Behandlungsziele erreicht werden:

- die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und Selbstversorgung soll gestärkt werden,
- die soziale Kompetenz und Kommunikation soll verbessert werden,
- Selbstvertrauen soll aufgebaut werden,
- Belastung und Arbeitsfähigkeit geübt und trainiert werden,
- die Entwicklung einer realistischen Lebensplanung in Bezug auf das soziale Umfeld soll ermöglicht werden,
- Fähigkeiten zum Einstieg in das Berufsleben sollen erlernt werden.

Dies sind Ausführungen zum Nutzen von Soziotherapie in aller Kürze.

Fazit – Die psychiatrische Fachpraxis: »Möglichkeiten und Grenzen sozial-psychiatrischer Vernetzungsarbeit«

Unter dem Gesichtspunkt eines biopsychosozialen Therapiekonzeptes komme ich zu dem Schluss, dass Veränderungen in der psychiatrischen Krankenbehandlung anzustreben sind. Die Möglichkeiten, die im nervenärztlichen Bereichen liegen – ohne, dass wir neue sozialrechtliche Grundlagen brauchen – sind Kooperationen mit verbindlichen Absprachen.

Priorität bei der Behandlung sollte die freie Arztwahl sowie die Kontinuität des Hilfsangebotes haben. In diesem Zusammenhang

stellt Soziotherapie eine deutliche Verbesserung des Therapieangebotes von niedergelassenen Nervenärztinnen/Psychiaterinnen dar. Als nervenärztliche Fachgruppe in Bielefeld planen wir von daher Soziotherapie anzubieten, indem wir eine entsprechende Fachkraft einstellen. Die integrierte Versorgung hört sich für uns Nervenärztinnen/Psychiaterinnen recht reizvoll an, sollte aber zunächst einmal in Modellen erprobt werden. Die Nervenärztinnen/Psychiaterinnen in Bielefeld planen Kooperationsgespräche mit den von Bodelschwing'schen Anstalten bezüglich eines gemeinsamen fachgebundenen Notdienstes.

Die psychiatrische Klinik: Von bettenzentrierten Stationen zu flexiblen personenzentrierten Behandlungsprozessen

Heinrich Kunze

Ziel von Klinikbehandlung ist es nicht nur, Krankheitssymptome zu bessern oder zu heilen, sondern auch: »Patienten befähigen, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern« (BMA Pressemitteilung zur Psych-PV, April 1990). Es geht also auch um Krankheitsbewältigung, die Einbeziehung der Ressourcen der Patientinnen und Patienten und ihres Lebensumfeldes und darum, die primär-medizinischen, rehabilitativen, sozialen und Pflegehilfen zu nutzen. Die Psychopathologie muss in der Interaktion mit der Umgebung und in der Relevanz im Lebensfeld gesehen werden. Psychosoziale Anteile der Behandlung sind sehr stark kontextabhängig, sie können deshalb nur sehr schwierig vom therapeutischen Setting ins reale Leben übertragen werden. Die Problemdefinition und die Behandlungsziele sollen i.d.R. aus der ambulanten Sicht und nicht nur von der Stationssicht aus formuliert werden. Deshalb muss Behandlung dort stattfinden bzw. von dort aus erreichbar sein, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden sollen und mit den Bezugspersonen, die sie langfristig nutzen wollen: Kontinuität statt Fragmentierung, Integration statt Institutionalisierung. Dem stehen bisher entgegen:

1. Zu viel stationär und zu wenig tagesklinisch und ambulant.
2. Übergänge zwischen den Stufen sind unflexibel und führen häufig zum Abbruch der therapeutischen Beziehungen zur Patientin oder zum Patienten, aber auch zu Angehörigen und den vor- und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Diensten und Einrichtungen.

Zu wenig genutzt wird bisher, dass inzwischen die psychiatrische Krankenhausbehandlung viel mehr als früher wohnortnah stattfindet und dass psychiatrische Kliniken (jetzt auch Abteilungen regelhaft) über Institutsambulanzen verfügen. Daraus folgt:

- a) So viel tagesklinisch und ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig.

- b) Die institutionszentrierte Organisation der Klinik patientinnenzentriert verändern: Die bettenzentrierten Einheiten (»nicht Betten führende Einheiten« sind Tagesklinik und Ambulanz) in patientinnenzentrierte Einheiten ändern, die nach dem individuellen Bedarf flexibel stationär, teilstationär und ambulant behandeln.

Dies hat Vorteile:

- Die Intensität kann (fast) als Kontinuum »dosiert« werden.
- Die Übergänge werden niederschwellig ohne Beziehungsabbrüche für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige, auch im Verhältnis zu beteiligten Profis außerhalb der Klinik vor und nach der Krankenhausphase.
- »Mehr teilstationär und ambulant« bezieht das Lebensfeld stärker in die Behandlung ein und verbessert damit den Transfer: Problemdefinition und Therapiezielbestimmung geht von der Relevanz für Patientinnen und Patienten in ihrem Lebensfeld aus. Die Realisierung der Therapie-Ergebnisse im privaten und beruflichen Lebensfeld findet während der Behandlung statt und wird nicht als Aufgabe der Patientin nach der Entlassung mitgegeben.

In diesem Sinne haben wir und andere die Klinikbehandlung flexibilisiert, statt die Verkürzung der stationären Verweildauer als Selbstzweck zu maximieren. Dabei wurde teilstationäre Behandlung differenziert in akuttagesklinische Behandlung sowie in rehabilitativ orientierte tagesklinische Behandlung gemäß der Ebene 6 Psych-PV. Weiterhin wurden Urlaube ausgedehnt angewendet und therapeutisch zu Übungen genutzt: Intermittierende Klinikbehandlung. Die Krankenkassen haben für eine Modellphase eine Regelung mit uns vereinbart, die uns das stationäre Budget belässt, wenn wir über den bisherigen Anteil tagesklinischer Plätze hinaus stationäre durch tagesklinische Behandlung ersetzen. Andere Pilotmodelle:

- Ambulante multiprofessionelle Krankenhausbehandlung zu Hause – Im Prinzip wie vollstationär, aber ohne ein Bett in der Klinik, sie arbeitet aufsuchend (Alexianer Krefeld; Bamberger Hof Frankfurt).
- Multiprofessionelle Liaison-Psychiatrie – Multiprofessionelle psychiatrische Behandlung kommt zu den Patientinnen und Pa-

tienten in somatischen Abteilungen (St. Josefs-Krankenhaus, Prenzlauer Berg/Berlin; Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus/München).

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

- Wenn die bisherige stationäre Behandlungsdauer in Bezug auf die Länge bedarfsgerecht war, so kann die selbe Dauer mit geringerem Ressourcenverbrauch realisiert werden.
- Wenn der bisherige stationäre Ressourcenverbrauch konstant gehalten wird bei zu kurzer Behandlungsdauer, dann kann so eine längere bedarfsgerechtere Krankenhausbehandlung ermöglicht werden.
- Wenn der bisherige stationäre Ressourcenverbrauch konstant gehalten wird, können bei sparsamerem Ressourcenverbrauch zu den bisherigen Behandlungsaufgaben neue hinzu genommen werden.

Dies hat auch einen aktuellen Bezug: Die schleichende Erosion der Psych-PV in den letzten Jahren bei gedeckelten Budgets. In dieser Situation gibt es drei Möglichkeiten: Wenn die Organisations- und Leistungsstruktur der Klinik nicht geändert wird, dann muss die Psych-PV in ihrem Realisierungsgrad um X % abgesenkt werden. Man kann aber auch bei gegebenem Budget versuchen, die Leistungsstruktur und den Ressourcenverbrauch zu optimieren durch mehr tagesklinische und ambulante Krankenhausbehandlung statt stationärer Behandlung und für diese Leistungsstruktur dann wieder 100 % Psych-PV realisieren bei entsprechender Nutzung der Institutsambulanz. Die dritte Möglichkeit eröffnet der § 6 der Bundespflegeverordnung, die im Rahmen des GKV-Reformgesetzes 2000 geändert wurde (KUNZE et al. 2000). Diese Grundrichtungen sind leicht konzipiert, doch zu ihrer Realisierung sind eine ganze Reihe von Voraussetzungen zu schaffen und Probleme zu lösen. Diese betreffen:

- Personalkompetenz/Erfahrung – Dabei hat sich als beste Fortbildung bewährt, dass die verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen aus der ambulanten, tagesklinischen und stationären Arbeit heraus Hausbesuche und handlungsorientierte Übungen in den Lebensfeldern der Patientinnen und Patienten durchführen. Selbst wenige Pilotaktionen haben eine große Wirkung als Lernfälle.
- Arbeits-/Dienstpläne, Organisation der individualisierten Behandlungsplanung und Durchführung.
- Kooperationskompetenz von Therapeutin und Therapeuten ohne hierarchisches Unterstellungsverhältnis.
- Neue Kennziffern statt Fall- und Verweildauer.
- Klinikintern die Ressourcenzuteilung gemäß Leistungszahlen für stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung.

	pro Tag	Woche	Quartal DM	Verhältnis Zahl (gerundet)
Instituts-Ambulanz (ohne Med.)	DM 4,40		DM 400,-	1
Tagesklinische Behandlung	DM 200,-	5 Tage-Woche	DM 13.000,-	30
Vollstationäre Behandlung	DM 400,-	7 Tage-Woche	DM 36.000,-	90

Abb. 1: Modell-Rechnung: Ressourcen-Stufen

Literatur

KUNZE et al. Die Psych-PV ist wieder finanzierbar! Krankenhauspsychiatrie 2000; 11: S. 169-171

Die psychiatrische Krankenbehandlung auf dem Weg zur Patientinnen- und Patientenorientierung

Peter Auerbach

1. Auf dem Weg zur Patientinnen- und Patientenorientierung – besser Personenorientierung – sind wir in den letzten 25 Jahren gut voran gekommen. Dabei ist uns bewusst geworden, dass wir beim Verlassen gewohnter Strukturen – Institutionen – und Rollen selbst Ängste entwickeln, die wir gern bei anderen deutlich erkennen. Die von der Psychiatrie-Enquete ausgehenden Impulse bewirkten eine Vielzahl institutioneller Reformen und das Entstehen dezentraler außerstationärer Hilfsangebote, ließen aber für die Entwicklung von Krankenhäusern eine Zweigleisigkeit zu, die zu wiederholten Kontroversen über »die bessere psychiatrische Klinik« – Fachkrankenhaus oder psychiatrische Fachabteilung – führten.
2. Auch die Orientierung am Bedarf für Patientinnen und Patienten, durch die Psychiatrie-Personalverordnung allen psychiatrischen Krankenhäusern auferlegt, konnte die gelegentliche Hitze der Diskussion ebenso wenig nachhaltig mindern, wie das beide Systeme verbindende Primat der Wiedereingliederung. Nach wie vor ist auf Seite der Träger das Interesse groß, unter Hinweis auf neue Aufgabenstellungen, Methoden, Zielgruppen oder wirtschaftliche Zwänge, den Bestand psychiatrischer Institutionen in institutionszentrierter und nicht patientinnenorientierter Weise zu sichern. Den bürokratischen Ansätzen wohnt das Risiko inne, dass sich die Mittel zu Zwecken verselbstständigen.
3. Gleichwohl markierten die Entwicklungen und Veränderungen der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahrzehnten eine Vorreiterrolle der Psychiatrie. Angesichts sich ankündigender dramatischer Veränderungen im gesamten Gesundheitswesen ist es der Reformpsychiatrie allerdings nicht erlaubt, sich auf den erreichten Rahmenbedingungen in Selbstisolierung auszuruhen. Die Bemühungen um Gleichstellung treten in eine neue Phase ein: Es gilt, auf die Anfänge wichtiger Veränderungen im übrigen Gesundheitswesen kooperativ zu antworten und über eine Eingliederung der Psychiatrie in die Reformdiskussion des gesamten Gesundheitswesens nachzudenken. Denn hier findet, wie

in der gesamten Gesellschaft, ein Epochenwechsel statt, dessen Umriss für das Gesundheitswesen durch Kürzel wie DRG und KTQ sichtbar werden.

4. Einerseits ist Abschied vom Vertrauten bzw. vom Gewohnten erforderlich, andererseits werden gerade die Fähigkeiten und Perspektiven gefordert, die uns vertraut sein sollten. So heißt es in einem Strategiepapier für die holistische Medizin (HÄNDELER 1999) – Von der Reparaturwerkstatt zur Vorsorgemedizin –, dass der Kommunikationsqualität in der Medizin ein neuer Stellenwert zukomme. »Der ernst gemeinte Dialog zwischen Experten und Laien ist keine Sache von Freundschaft oder gar Herablassung, sondern Voraussetzung für den Heilerfolg... Das Hauptproblem in der modernen Medizin wie in der Wirtschaft der Informationsgesellschaft ist Mangel und Qualität der Kommunikation. Auch die heutigen »Experten« müssen Berufsegoismus und Fachborniertheit überwinden, umdenken, vom hohen Ross steigen, ressortübergreifendes Handeln lernen... Das Streben nach umfassender, psychosozialer Gesundheit wird die Wirtschaft voran treiben. Sie wird jene Kräfte frei setzen, die in der Wirtschaft der Informationsgesellschaft entscheidend sind, wie Kreativität, Motivation, Zusammenarbeit, Lern- und Einsatzbereitschaft. Für alles, was unter sozialer Kompetenz zusammengefasst wird, ist Gesundheit Voraussetzung.« Bezogen auf das Krankenhaus ist ein »kontinuierlicher Verbesserungsprozess« (DAUB 2000) erforderlich, der den Mitarbeiter als den eigentlichen Spezialisten zur Beurteilung seiner eigenen Tätigkeit sieht. Er kenne seine Arbeitsabläufe am besten und könne sie deshalb auch am ehesten verbessern. Ideen und Fantasie zählen mehr als Material und Kapital. Der Erfolgsfaktor verlagert sich von der Maschine zum Menschen. Routine und starre Strukturen behindern die notwendige Dynamik.
5. Die psychiatrische Krankenbehandlung der Zukunft wird hoffentlich aus einer Vielfalt von kommunikativen, kooperativen, sich selbst organisierenden und optimierenden, sehr basisnahen und damit patientinnenorientierten Initiativen resultieren. Regionalität, vielfältige Kooperationsverhältnisse, integrierte Behandlungskonzepte und anderes mehr werden 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete eine kreative Unruhe einleiten, in der sich auch das übrige Gesundheitswesen befindet.

Literatur

- DAUB D. Struktur und Management der Krankenhäuser. Arzt und Krankenhaus 2000; 8: 262–264
- HÄNDELER E. Epochenwechsel im Gesundheitswesen. Vortrag in der westfälischen Akademie für ärztliche Fortbildung, 1999

Die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte in der psychiatrischen Versorgung

Einleitung

Henning Saß

In der ambulanten ärztlichen Versorgung kommt Hausärztinnen und -ärzten eine Schlüsselstellung zu. Auch für Menschen mit psychischen Störungen sind sie in vielen Fällen die wichtigsten ersten und oftmals auch die einzigen Ansprechpartner. Es ist zu fragen, wie sie für diese Aufgabe der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen (einschließlich Suchterkrankungen und gerontopsychiatrischen Störungen) hinreichend qualifiziert werden können und wie das Zusammenwirken von Hausärzten/Hausärztinnen und Fachärzten/Fachärztinnen für Psychiatrie und Neurologie sowie psychiatrischen Fachdiensten gestaltet werden kann. Künftig müssen neben einer verbesserten Ausbildung in der Grundversorgung für Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen neue Formen der Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Disziplinen entwickelt werden, etwa über Schwerpunktpraxen und Praxisnetze, aber auch in der Verbindung zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen.

Zur Situation der Hausärztinnen und -ärzte

Waltraut Kruse

Der Anteil psychischer Störungen bei hausärztlich versorgten Patientinnen und Patienten liegt bei ca. 30–40 %. Hausärztinnen und -ärzte versorgen mit 50–60 % den größten Teil (s. Abb. 1 und 2) der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen (KEREK-BODDEN u.a. 1989); nur eine Minderheit der Patientinnen und Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Störungen (ca. 15 %) wird gezielt mit Psychotherapie oder mit psychotrop wirksamen Medikamenten behandelt.

Depressive Episode	(ICD-10-F32)	an 16. Stelle (3,8 % aller Patienten)
Somatoforme Störungen	(ICD-10-F45)	an 30. Stelle (2,6 % aller Patienten)

Abb. 2: Patientinnen bzw. Patienten/Praxen-Stichprobe des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung im I. Quartal 2000 bei einer Anzahl von 66.518 Patientinnen und Patienten; Arztgruppe der kontaktierten Praxis: Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner und Praktische Ärztinnen und Ärzte

Diagnosenspektrum

Der Hausärztin/dem Hausarzt kommt eine entscheidende Funktion bei der Diagnostik psychischer Störungen oder Krankheiten zu. Sie bzw. er ist die erste Anlaufstelle (s. Abb. 3) und entscheidet, welche weiteren Maßnahmen angezeigt sind und wo diese in einem zunehmend unübersichtlich gewordenen System auch gefunden werden. Auffallend ist, dass Patientinnen und Patienten heute eher bereit sind eine Psychologin mit psychotherapeutischer Weiterbildung aufzusuchen, als sich in ärztliche oder psychiatrisch-fachärztliche Behandlung zu begeben.

86 Jahre, w., Oberschenkelhalsbruch (Hausbesuch)	54 Jahre, w., Nierensteine
50 Jahre, w., psychische Dekompensation	76 Jahre, m., Lipom
46 Jahre, w., HWS-Syndrom	3 Jahre, w., obstruktive Bronchitis
66 Jahre, m., Leistenhernie, Coxarthrose	45 Jahre, w., Diabetes
55 Jahre, w., Partnerkonflikt	72 Jahre, m., Stenokardien
72 Jahre, m., Bauchdeckenabszess (Wundversorgung)	23 Jahre, w., reaktive Depression
52 Jahre, m., Sigma-Neoplasma (Nachsorge)	40 Jahre, w., Hyperthyreose
56 Jahre, m., Zustand nach Infarkt	20 Jahre, w., vegetative Funktionsstörungen (Sterbephase des Vaters bei metastasierendem Melanom)
50 Jahre, w., reaktive Depression	32 Jahre, m., Lumbago
93 Jahre, w., unklares Abdomen	40 Jahre, w., Eheprobleme
28 Jahre, m., Virusinfekt	15 Jahre, w., Bronchitis
56 Jahre, w., Coxarthrose	18 Jahre, m., Knieprellung
74 Jahre, w., Dreigeißelkrankung (Zustand nach Bypass-OP)	40 Jahre, m., Diabetes
68 Jahre, w., somatoforme Störung	50 Jahre, w., Dornverletzung rechte Mittelhand
20 Jahre, w., Sinusitis	17 Jahre, m., Unterarmfraktur (Fußball)
60 Jahre, w., Parotitis	30 Jahre, m., Tuberkulintest
2 Jahre, w., Vaginitis (Mykose)	40 Jahre, w., Lumbago
10 Jahre, m., Schlafstörungen (Elternkonflikte)	45 Jahre, m., HWS-Syndrom
40 Jahre, m., Tinnitus	64 Jahre, m., Lupus erythematodes
26 Jahre, m., funktionelle Herzbeschwerden	25 Jahre, m., Clavikulafraktur
50 Jahre, w., Verdacht auf Gallensteine	17 Jahre, m., halluzinatorische Psychose
62 Jahre, w., Verdacht auf Ovarialtumor	62 Jahre, m., Ehekrise
50 Jahre, w., Metrorrhagien	4 Jahre, w., Virusinfekt
20 Jahre, w., Hyperventilationstetanie	20 Jahre, m., Prävention (Grippeimpfung)
82 Jahre, m., Stenokardien	4 Jahre, m., TINE-Test ablesen
38 Jahre, w., somatoforme Störung	28 Jahre, m., Wirbelsäulensyndrom
20 Jahre, m., Arthropathie	57 Jahre, w., Laryngitis
40 Jahre, m., Epikondylitis	60 Jahre, m., Bursitis
65 Jahre, m., Hordeolum	82 Jahre, w., Hörminderung
52 Jahre, w., Nierensteine	88 Jahre, w., Langzeitbetreuung
50 Jahre, w., Hypercholesterinämie	65 Jahre, w., Debilität
4 Jahre, w., Rotavireninfekt	62 Jahre, w., obstruktive Bronchitis
35 Jahre, w., multiple Hämatoeme (Auseinandersetzung mit Ehepartner)	58 Jahre, w., Asthma
88 Jahre, w., hirnorganisches Psychosyndrom (Angehörigenberatung)	68 Jahre, w., Langzeitbetreuung Hypertonie
68 Jahre, w., Zustand nach Divertikulitis-OP	72 Jahre, w., Zustand nach Apoplex
20 Jahre, m., Debilität (Antrag Behindertenausweis)	64 Jahre, w., Zustand nach Apoplex
60 Jahre, w., allergisches Exanthem	91 Jahre, w., vaskuläre Demenz
	72 Jahre, w., Herzinsuffizienz, Depression
	78 Jahre, w., Diabetes, Altersdemenz – Schlafstörung

Abb. 1: Patientinnen- und Patientenkontakte in der offenen Sprechstunde der hausärztlichen Praxis mit Hausbesuchs- und Sprechstudententätigkeit am 13.10.00

Depressive Episode	(ICD-10-F32)	an 14. Stelle (7,6 % aller Patienten)
Somatoforme Störungen	(ICD-10- F45)	an 37. Stelle (3,7 % aller Patienten)
Rezidivierende depressive Störung	(ICD-10-F33)	an 43. Stelle (3,0 % aller Patienten)

Abb. 3: Patientinnen bzw. Patienten/Praxen-Stichprobe im I. Quartal 2000 bei einer Anzahl von 7099 Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe 70-79 Jahre (n = 7099); Arztgruppe der kontaktierten Praxis: Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner und Praktische Ärztinnen und Ärzte

Patientenvorstellungen

Herr Matthias K. ist 32 Jahre alt und als Verwaltungsangestellter tätig. Er ist verheiratet und hat einen 14 Monate alten Sohn. Die Familie ist aus der hausärztlichen Betreuung bekannt. Der Patient ist als zweites Kind geboren und mit einer älteren Schwester und zwei jüngeren Brüdern aufgewachsen. Aus der Anamnese ist bei der Mutter eine Depression mit mehrmonatiger stationärer Behandlung (erstmalig im Wochenbett des jetzigen Patienten) bekannt. Ein Bruder leidet an depressiven Störungen mit ausgeprägten Kontaktstörungen. Bei dem Patienten zeigt sich seit etwa drei Wochen eine zunehmende depressive Verstimmung mit melancholischen Merkmalen, das heisst Nachlassen von Freude und Engagement bei fast allen Aktivitäten. Er berichtet über:

- Deutliches Morgentief
- Appetitlosigkeit
- Nachlassendes Interesse an der Entwicklung des kleinen Sohnes
- Berufliche Missstimmung mit Nachlassen aller Aktivitäten
- Schuldgefühle
- Bei nachlassender Leistungsfähigkeit und Insuffizienzgefühlen im Beruf sucht die Patientin bzw. der Patient die hausärztliche Praxis auf.

Weiteres Vorgehen

- Medikamentöse Einstellung durch fachärztliche Betreuung
- Gespräch mit der Ehefrau des Patienten
- Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber betr. Arbeitsplatzveränderung

Um die Zusammenhänge der sozialen Situation und der Biografie des Patienten zu erkennen, wird das Anlegen eines Genogramms empfohlen. Hier wird der Patient in seinem Beziehungsnetz eingeordnet und die grafische Information, die im Genogramm niedergelegt ist, erlaubt »auf einen Blick«, die Beziehung des Patienten zu seiner Familie und seinen nächsten Angehörigen zu memorieren (s. Abb. 4).

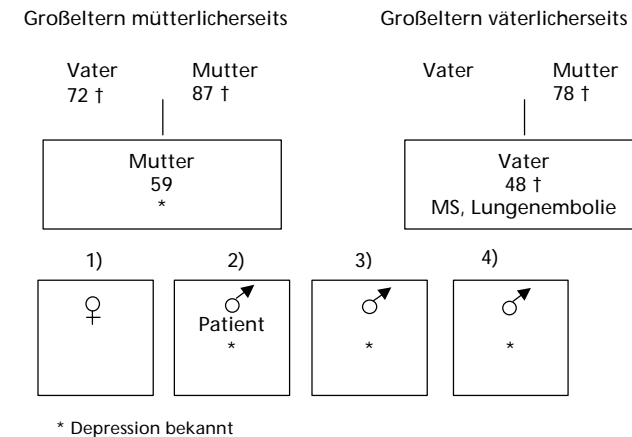


Abb. 4: Genogramm

Diagnostische Möglichkeiten in der hausärztlichen Praxis

- Dauer und Multiplizität der Beschwerden
- Komorbidität mit anderen psychiatrischen und körperlichen Krankheiten
- Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Familie/Partnerschaft)

Eine der häufigsten Gründe für medizinische Behandlungen sind unklare körperliche Beschwerden (funktionelle körperliche Beschwerden), die sich durch die Einführung der modernen Klassifikationssysteme unter dem Begriff »somatoforme Störungen« eingebürgert haben. Repräsentative Erhebungen zeigten, dass ein Viertel aller befragten Personen über multiple, unklare körperliche Beschwerden klagten, die die Lebensqualität bedeutsam beeinträchtigen und/oder zu Arztbesuchen motivierten. Trotz dieser großen gesundheitspolitischen Relevanz zeigt sich auf der anderen Seite ein *breites Defizit* in der wissenschaftlichen Untersuchung, in der Theoriebildung und in der Berücksichtigung in medizinischen Lehrbüchern für dieses Krankheitsbild. Erst in neuerer Zeit wurden Behandlungsansätze entwickelt, die auch bei Patientinnen und Patienten hohe Akzeptanz finden und unter Umständen nachhaltige Veränderungen bewirken können. (s. auch RIEF, CUNTZ, FICHTER 2001)

Die depressive Patientin in der hausärztlichen Praxis

MERKE: Die meisten depressiven Patientinnen und Patienten befinden sich nicht in fachärztlicher, sondern in hausärztlicher Behandlung!

Diagnosekriterien für eine depressive Episode (ICD – 10-F32, F33)

Der/die Patient/Patientin klagt seit mindestens seit zwei Wochen über

<i>Hauptsymptome (A)</i>	ja	nein
1 Depressive Stimmung		
2 Interesse-/Freudlosigkeit		
3 Antriebsstörung/Energieverlust/Müdigkeit		

<i>Andere häufige Symptome (B)</i>	ja	nein
4 Verlust von Selbstwertgefühl/ Übertriebene Schuldgefühle		
5 Suizidgedanken		
6 Denk-/Konzentrationsstörungen/ Entscheidungsfähigkeit		
7 Psychomotorische Unruhe oder Gehemmtsein		
8 Schlafstörungen		
9 Appetit-/Gewichtsverlust		

Sind mindestens zwei Hauptsymptome (A) und mindestens zwei andere häufige Symptome (B) vorhanden, ist von einer behandlungsbedürftigen depressiven Episode auszugehen!

Was kompliziert die Depressionsbehandlung?

- Schwere Depression mit Stupor oder Agitation
- Wahnhafte Depression
- Suizidversuche in der Anamnese
- Akute Suizidalität
- Multimorbidität
- Bipolare Störungen
- Therapieprobleme, Compliance u.a.

Therapeutische Schritte

1. Regelmäßige Einbestellung
2. Ausführliche Schilderung der Symptomatik
3. Eventuell erneute körperliche Untersuchung
4. Vermeidung unnötiger diagnostischer Maßnahmen
5. Vermeidung von unnötiger Krankenhauseinweisung

Hauptsächlich durch den Hausarzt eingesetzte Psychopharmakagruppen

- Benzodiazepine
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Nootropika
- Phytotherapeutika

Risiken und Grenzen hausärztlicher Psychopharmakotherapie

- Defizite in Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Kompetenzprobleme bei Differenzialdiagnose, Indikation und Therapie
- Multimedikation (diese fördert Multimorbidität und verursacht damit u.U. gravierende Wechselwirkungen)
- Arzneimittelabhängigkeit
- Risikogruppen (Alkoholranke und Drogenabhängige)
- Psychopharmaka: (Hypnotika und Sedativa) zählen seit Jahren zu den verordnungs- und umsatzstärksten Indikationsgruppen in Deutschland.
- 1994 erfolgten 62,5 Millionen Verordnungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Bereich
- Der Großteil der Verordnungen erfolgte durch Hausärztinnen
- Die Hälfte aller Benzodiazepin-Verordnungen entfällt auf die 60-80-jährigen Versicherten (Vorsicht mit Schlafmitteln bei alten Patientinnen und Patienten!)

Gründe für das diagnostische und therapeutische Defizit bei der Depressionserkrankung

- Schwere der Erkrankung wird meist unterschätzt
- Somatische Beschwerden stehen im Vordergrund
- Depression wird nicht aktiv exploriert, sondern als Ausschlussdiagnose angesehen
- Thematisierung durch Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient erschwert
- Unsicherheit der Ärztin bzw. des Arztes hinsichtlich Diagnose und Therapie
- Arzneimittelbudgetierung
- Die Depression ist keine Ausschlussdiagnose, sondern muss aktiv exploriert werden (bei ca. 10 bis 20 % der Patientinnen und Patienten in hausärztlichen Praxen liegt eine behandlungsbedürftige depressive Störung vor). Nach dieser ist ebenso zu fahnden wie nach Hypertonie und Diabetes mellitus. Am wichtigsten sind die unipolaren Depressionen, die als einzelne depressive Episode (ICD 10-F32) oder als rezidivierende depressive Störung auftreten können.

Therapie

Vielfältige Budgets in der ambulanten Krankenversorgung belasten nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Hausärztinnen und -ärzte. Dadurch wird teilweise eine falsche Medikation eingesetzt. Die Optimierung der Versorgung ist wegen der guten therapeutischen Möglichkeiten unbedingt zu empfehlen.

- Konsequente antidepressive Medikation (bei mittelschweren und schweren Episoden)
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Lichttherapie (bei saisonal gebundenen Depressionen)
- Schlafentzug (früh beginnende Besserung)
- Sozialpädagogische Unterstützung
- Elektrokrampftherapie (Fachkliniken)

Probleme in der ambulanten Behandlung

Stringente Medikamente- und Leistungsbudgets belasten die diagnostischen und therapeutischen Bemühungen und vergrößern die Defizite. Ebenfalls ist eine zeitaufwändige gesprächsorientierte und damit der Patientin bzw. dem Patienten zugewandte Diagnostik und Therapie heute bei dem augenblicklichen Vergütungssystem nur schwer zu realisieren. Eine gute Fortbildung der Hausärztinnen und -ärzte dient ebenfalls der Beeinflussung der Suizidalität bei depressiven Patientinnen und Patienten. So existieren Studien, dass durch gezielte Fortbildung der Hausärztinnen und -ärzte im Bereich der Depressionsbehandlung die Suizidrate deutlich gesenkt werden konnte. Wünschenswert ist eine Qualitätssicherung im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit und Versorgung der depressiven Patientinnen, wobei interdisziplinäre Qualitätszirkel hilfreich sind.

Psychische Störungen und ihre Behandlung bei Kindern und Jugendlichen in der hausärztlichen Praxis

Ein besonderes Anliegen – gerade aus dem Arbeitsbereich der Hausärztinnen und -ärzte ist die Versorgung der bzw. des Jugendlichen. Diese Altersgruppe wird in den meisten Fällen nicht von den Kinderärztinnen und -ärzten, sondern von den Allgemein-/Hausärztinnen versorgt. Hier sind es vor allen Dingen die Haus- und Kinder-

ärztin und nicht die psychiatrischen Einrichtungen, die Ansprechpartnerinnen dieser Patientinnen und Patienten sind. Durch langjährige Betreuung von Familien sind Hausärztinnen bzw. Hausärzte häufig die Ersten, denen psychische und soziale Verhaltensauffälligkeiten von Jugendlichen zugänglich werden. In Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Universitätskliniken der RWTH Aachen wurde ein Screeningverfahren eingesetzt zum »alltäglichen Umgang mit Jugendlichen in der Praxis.« Unerwartete Probleme dieser Altersgruppe können zum Vorschein kommen, die nicht unbedingt einer Therapie oder Behandlung bedürfen, aber die dennoch zeigen, welche Hilfen angeboten werden müssen. Oftmals sind es klärende Gespräche mit den Eltern bzw. den Jugendlichen alleine, die hilfreich sein können. Hier ist auch wieder der soziale Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich-depressives Verhalten, das in 14 Items neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch auf Klagen über Einsamkeit, soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung hinweist.

Zusammenfassung

Die spezifische Arbeitssituation der Allgemeinärztinnen und -ärzte orientiert sich am unausgelesenen Krankengut mit einer Vielfalt unspezifischer Symptomangebote aus allen Bereichen der Medizin. Zweifellos sind die Hausärztin und der Hausarzt die ersten Ansprechpartner für Menschen mit psychischen Störungen. Damit haben sie aber auch die Verantwortung, seelische Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen. Eine zuverlässige Diagnose ist umso wichtiger, als eine gezielte, aber auch ausreichend hoch- und langdosierte pharmakologische Behandlung oft sehr wirksam ist. So behandeln Hausärztinnen und -ärzte etwa 70 bis 90 % aller Depressionen, wobei aber weniger als 10 % der Patientinnen und Patienten direkt und offen ihre psychischen Beschwerden in den Vordergrund stellen.

Psychiatrische Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis

- Affektive Störungen (Major-Depression, manische Episode u.a.)
- Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, spezifische Phobien, soziale Phobie u.a.)

- Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörung, Konversionsstörung, Schmerzstörung u.a.)
- Sexuelle Störungen
- Essstörungen
- Schlafstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Kognitive Störungen (Delir, Demenz u.a.)
- Störungen durch Substanzkonsum (Alkohol, Drogen)

Konsequenzen für die Praxis

In der Weiterbildung: Angehenden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sollte die Möglichkeit gegeben werden, während ihrer Weiterbildung eine angemessene Zeit in einer Psychiatrischen Poliklinik zu arbeiten und dort Erfahrungen für die Praxis zu sammeln.

In der Fortbildung: Kenntnisse über psychiatrische Untersuchungen und vor allen Dingen über Pharmakotherapie und die Wirksamkeit einer Behandlung sind zu erwerben, zum Beispiel bei depressiven oder somatoformen Störungen. Eine zuverlässige Diagnose ist umso bedeutsamer, da eine gezielte wie auch ausreichend hoch und langdosierte psychopharmakologische Behandlung wirksam ist und auch von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt entsprechend eingesetzt werden sollte.

Literatur

- BENKERT O, HIPPIUS H. Psychiatrische Pharmakotherapie. Berlin u.a.: Springer 1986
- KEREK-BODDEN HE, SCHACH E, SCHARTZ E. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. wissenschaftliche Reihe des zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der BRD. Band 39.1, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1989;.
- FAUST V. Depressionsfibel. 2. Aufl., Stuttgart: Fischer 1989
- RUDOLF G. Therapieschemata Psychiatrie. 2. Aufl., München u.a.: Urban & Schwarzenberg 1991
- RIEF W, CUNTZ U, FICHTER M.M. Diagnostik und Behandlung somatoformer Störungen (Funktioneller körperlicher Beschwerden). Psychische Erkrankungen, Diagnose, Therapie, Prognose, Begutachtung, Versicherungsmedizin 53. 2001; 1-12

Über die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte bei der psychiatrischen Versorgung

Sybille Schreckling

Die Hausärztin und der Hausarzt spielen bei der psychiatrischen Versorgung eine zentrale Rolle. Das Ausmaß der Kooperation ist im Wesentlichen durch die Persönlichkeitsstruktur der versorgenden Ärztinnen und Ärzte bestimmt. So wie die Hausärztin bzw. der Hausarzt mit dem Bereich Psychiatrie und psychische Erkrankungen umgeht, so fühlt sich die Patientin bzw. der Patient stigmatisiert oder angenommen. Bedauerlicherweise leiden Psychiatrie sowie Psychiaterinnen und Psychiater bis heute noch unter dem Stigma. Letztlich ist die Lage der Psychiatrie auch ein Spiegel der Gesellschaft. 1989 hat der Bundesgesetzgeber jedoch mit dem § 27/1 SGBV versucht, die Lage psychisch Kranker zu verbessern und festgeschrieben, dass den Besonderheiten psychisch Kranker Rechnung zu tragen sei. Erst seit Januar 2000 ist man diesem Ziel durch die Einführung des § 37a SGBV »Soziotherapie« (ambulante Rehabilitation) näher gerückt. Die Richtlinien für die Umsetzung des § 37a SGBV werden derzeit im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beraten. Letztlich ist der Umgang mit psychisch Kranken auch ein gesellschaftliches Problem und man fragt sich, warum erst Gesetze nötig sind, um diesen zu regeln. Hausärztin und Nervenärztin/Psychiaterin haben gleichermaßen wichtige Schlüsselpositionen.

Um welche Erkrankungen geht es im Wesentlichen?

Erkrankungsgruppen	Diagnosen
psychosomatische Erkrankungen	z.B. Ulcus, Asthma, Migräne
Suchterkrankungen	z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente, polyvalente Sucht
Somatoforme Störungen	z.B. chronische Schmerzen
Autonome Funktionsstörungen	z.B. Kloßgefühl, Schwindel, u.a.
Essverhaltensstörungen	z.B. Anorexie, Bulimie
Schlafstörungen	
Abnorme Erlebnisreaktionen	z.B. akute Belastungsreaktion
Angst- und Panikstörungen	
Zwangserkrankungen	
Schwere psychiatrische Erkrankungen	z.B. Psychosen

Über die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte bei der psychiatrischen Versorgung

Erkrankungsgruppen	Diagnosen
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	z.B. Demenzen Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter Depressionen im höheren Lebensalter (Abgrenzung Altersdepression von Demenz)
Comorbide Suchterkrankte	z.B. Drogen, HIV

Probleme bestehen immer an den Schnittstellen, hausärztlicher – fachärztlicher Versorgung und im Bereich der Kooperation. Wünschenswert ist die Bildung einer **Behandlungskette**: Hausärztin – Nervenärztin – Schwerpunktpraxis – Institutsambulanzen – Klinik – unter Wahrung der freien Arztwahl. Dabei spielt die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Achtung der Fähigkeiten der anderen Kolleginnen und Kollegen eine große Rolle.

Was bedeutet es für die Patientinnen und Patienten?

Zur Fachärztin insbesondere zur Nervenärztin gehen zu müssen heißt:

- ein Stück Vertrautheit aufgeben,
- es handelt sich um eine schwere Erkrankung,
- durch den Besuch einer Fachärztin habe ich eine Sonderstellung,
- das bedeutet Eingeständnis von Fehlern und Fehlhaltungen,
- das bedeutet unangenehme Auflagen bezüglich Lebensführung, Aufgaben und Tagesgestaltung auf sich zu nehmen.

Patientinnen sind wie Gesunde auch einem Ausweichverhalten eher zugetan. Dabei sind Hausärztin und Nervenärztin gleichermaßen für die Motivationsarbeit. Folgende Probleme treten bei Hausärztinnen- und Nervenärztinnenbehandlungen z.B. auf:

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (z.B. bei laufenden Trainingsmaßnahmen oder Tagesstättenmaßnahmen, d.h. wenn Anforderungen an die Patientinnen und Patienten gestellt werden)
- Tranquilizer und Hypnotikaverordnung auf Wunsch

Die Annäherung der Schnittstellen von der rein medizinischen zur sozialmedizinischen Behandlung und Rehabilitation erfordert so-

wohl von Hausärztin als auch von der Nervenärztin/Psychiaterin einen erhöhten Arbeitsaufwand. Die Intention geht von der institutsbezogenen zur personenzentrierten Versorgung einerseits und vom rein medizinischen zum sozialwissenschaftlichen (biopsychosozialen) Krankheitsmodell. Für die Bewältigung dieser Aufgaben bieten sich Kooperations- und Vernetzungsmodelle zwischen Hausärztin und Fachärztin an. Wie Sie wissen, gibt es verschiedene Netze, so z.B. Dienstleistungsnetze, Sozialnetze und die so genannten KV-Modelle, wobei sie zum Teil ganz unterschiedliche Anbieter verbinden. Zur Verbesserung beitragen können

- gemeinsame Qualitätszirkel,
- gemeinsame Behandlungsleitlinien,
- Fallkonferenzen.

Die Women- bzw. Man-Power ist vorhanden. Heute sind ca. 40.000 Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und 20.000 hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten vorhanden sowie 4.500 Nervenärztinnen und Psychiaterinnen bzw. Nervenärzte und Psychiater. Ferner noch 20.000 ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es ist somit eine ausreichend dichte Versorgungskapazität vorhanden. Es geht also nicht mehr um Fragen zur Quantität, sondern zur Qualität der Behandlungsangebote. Eine Studie von Prof. Stark, Hamburg 1992 belegt, dass eine Überweisung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt umso eher erfolgt, je besser die Hausärztin und Allgemeinmedizinerin bzw. der Hausarzt und Allgemeinmediziner im Bereich Psychiatrie fortgebildet ist. Es gilt die Vorteile des jetzigen Gesundheitssystems zu nutzen. Nach der Einführung des § 37a SGB V ist die Möglichkeit gegeben, die Komplexleistung zielgerichtet den Patientinnen und Patienten zukommen zu lassen. Über die Brückenfunktion einer Sozialarbeiterin oder eines Sozialarbeiters kann der Patient bzw. die Patientin in ein wohnortnahes Hilfesystem eingegliedert werden. Hierbei sollen alle an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte mit einbezogen werden. In Ansätzen ist das in einigen Regionen, die Soziotherapie als Modell erprobt haben, auch umgesetzt. So zum Beispiel im Erftkreis-Modell (Einzelheiten sind über die Autorin zu erhalten). Ambulante Rehabilitations-Soziotherapie für psychisch Kranke bietet somit auch die Chance einer hausärztlich-nervenärztlichen Zusammenarbeit.

Die Rolle der Hausärzte in der psychiatrischen Versorgung in England

Stefan Priebe und Maria Vidal

Primäre und sekundäre Versorgung

Großbritannien hat ein staatliches Gesundheitssystem, das NHS (National Health Service), das von Steuergeldern bezahlt wird und allen im Lande lebenden Menschen kostenlos zur Verfügung steht. Das Gesundheitssystem ist unterteilt in primäre, sekundäre und tertiäre Versorgungseinrichtungen. Die primäre medizinische Versorgung wird von den Hausärzten und von diesen allein geleistet. Wer immer ein gesundheitliches Problem hat und ärztliche Hilfe sucht, geht zu dem Hausarzt, bei dem er registriert ist. Alle Hausärzte, die so genannten GPs (General Practitioners), sind allgemeinärztlich ausgebildet. Die Wahl des GPs ist für die Patienten frei, d.h. man kann seinen GP wechseln, wenn man möchte, aber nicht mehrere GPs gleichzeitig konsultieren. GPs wiederum sind nicht verpflichtet, neue Patienten zu registrieren, sondern können das von ihrer Kapazität abhängig machen. Der GP entscheidet, ob der Patient an sekundäre Einrichtungen weiter verwiesen wird. Die sekundäre Versorgung umfasst alle Fachärzte und Einrichtungen, in denen Fachärzte arbeiten. Im fachärztlichen Bereich gibt es dann noch spezialisierte Einrichtungen, die sog. tertiäre Versorgung. Auf diese tertiäre Versorgung und die Beziehungen zwischen Einrichtungen sekundärer und tertiärer Versorgung wird in diesem Beitrag nicht weiter eingegangen, weil sie für das Verständnis der Rolle der Hausärzte von geringer Bedeutung sind. Niedergelassene Fachärzte existieren somit nicht, und Patienten haben keinen unmittelbaren Zugang zu fachärztlicher Versorgung. Für jedes gesundheitliche und damit auch psychiatrische Problem sind die GPs somit erste Anlaufstelle. In der Psychiatrie wird die sekundäre Versorgung von gemeindepsychiatrischen Teams (community mental health teams) geleistet, die multiprofessionell zusammengesetzt sind und für ein definiertes Einzugsgebiet zuständig sind. Zu diesen Teams gehören auch ein oder mehrere psychiatrische Fachärzte, wobei ein Facharzt für ein Einzugsgebiet von ca. 30.000 Einwohnern zuständig ist

und alle ambulanten und stationären Patienten aus diesem Einzugsgebiet behandelt. An welches Team und welchen Psychiater ein Patient vom GP verwiesen wird, hängt somit in der Regel allein vom Wohnort des Patienten ab. GOLDBERG und HUXLEY (1980) beschrieben in einer Studie das »Filtermodell« der psychiatrischen Versorgung und zeigten, dass der wesentliche Teil der psychiatrischen Versorgung von GPs geleistet wird. Bezogen auf tausend Einwohner und ein Jahr Beobachtungszeit fanden sie psychische Störungen mit Krankheitswert bei 260 bis 315 Einwohnern, was gut übereinstimmt mit den Ergebnissen anderer epidemiologischer Untersuchungen in Industrienationen. Von diesen 260 bis 315 Menschen gingen 230 zum GP. Die Motive waren unterschiedlich, und häufig waren nicht die psychischen Störungen, sondern somatische Probleme Anlass der Konsultation. Die GPs erkannten die psychische Störung bei im Schnitt 101,5 Patienten, wovon 23,5 Patienten von sekundären Einrichtungen weiter betreut und -behandelt wurden. 5,7 Patienten schließlich, ungefähr 2 % der vom GP zu versorgenden Patienten mit psychischen Störungen, wurden in eine Klinik eingewiesen. Die Studie ist mehr als 20 Jahre alt, und die Bedingungen haben sich seither geändert. Die Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist reduziert worden, und die Kapazitäten gemeindepsychiatrischer Teams haben sich verbessert. Zu vermuten ist also, dass heutzutage ein etwas größerer Prozentsatz in sekundären Einrichtungen versorgt und ein noch geringerer Anteil von Patienten in Krankenhäuser eingewiesen werden. Es bleibt aber das Fazit, dass GPs die weitaus meisten Patienten mit psychischen Störungen in ihren Praxen und ohne die direkte Hilfe sekundärer Einrichtungen versorgen.

Struktur von primärer Versorgung

GPs sind in Einzel- oder Gruppenpraxen niedergelassen, wobei Gruppenpraxen aus verschiedenen Gründen das zunehmend favorisierte Modell sind. Interesse und Schwerpunktsetzung von GPs variieren und sind z.T. auch vom Ausbildungshintergrund beeinflusst. Im Rahmen der Weiterbildung zum GP haben viele auch sechs Monate Ausbildungszeit in psychiatrischen Einrichtungen verbracht, andere aber nicht, sodass GPs nicht unbedingt über eigene Ausbildungserfahrung in der Psychiatrie verfügen. Manche GPs sind an Psychiatrie und Psychotherapie sehr interessiert und besuchen ent-

sprechende Fortbildungskurse, andere GPs haben wenig Interesse an der Versorgung psychisch Kranker. Entsprechend kann sich der Anteil von Patienten mit psychischen Störungen am Klientel einzelner GPs sehr unterscheiden, was sowohl die reine Menge als auch die Art der jeweils versorgten psychischen Störungen betrifft.

Einige Praxen, insbesondere natürlich größere Gruppenpraxen, haben direkt angeschlossene Psychologen oder Beratungsdienste, die noch der primären Versorgung zugehörig sind und ein sog. counselling anbieten. Zumeist handelt es sich dabei um ca. sechs Sitzungen einer unspezifischen Zuwendung und Beratung. Die Indikationen hierfür sind vielfältig und reichen von Trauerfällen oder Prüfungsängsten bis zu psychosomatischen Erkrankungen. In ländlichen Gegenden gibt es auch Praxen mit direkt angeschlossenen psychiatrischen Krankenpflegekräften, die in der Gemeinde einzelne Patienten aufsuchen und betreuen. Dies ist jedoch eine Ausnahme, da die gemeindenahere psychiatrische Versorgung zunehmend von den Teams der sekundären Versorgung übernommen wird. Auf gesundheitspolitischer Ebene haben GPs einen großen Einfluss auf die Gestaltung der sekundären Versorgung in ihrer Region. Die lokalen Organisationen der GPs verfügen über ein Budget zur Finanzierung sekundärer Dienste und können dadurch mit den Trägern der sekundären Versorgung verhandeln, welche sekundären Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden sollen. Diese direkte ökonomische Steuerung sekundärer Versorgung durch die lokalen Vereinigungen der GPs soll in den nächsten Jahren noch bedeutend zunehmen, sodass dann GPs über ihre Interessensvertreter entscheidend darüber bestimmen, wie sekundäre Einrichtungen strukturiert sind und arbeiten.

Zusammenarbeit von GPs und sekundärer Versorgung

GPs sind nicht nur – wie geschildert – erste Anlaufstelle für alle Patienten, sie bleiben auch weiterhin für ihre Patienten zuständig, selbst wenn diese an sekundäre Einrichtungen weiter verwiesen wurden. So sind sie bei Patienten, die z.B. in gemeindepsychiatrischen Teams behandelt werden, weiterhin verantwortlich für die somatische Versorgung und in der Regel auch für die Verschreibung aller Medikamente einschließlich der Psychopharmaka. Sie erhalten hierfür regelmäßige Berichte der gemeindepsychiatrischen Teams

und direkte Ratschläge des Psychiaters zur Verschreibung der Psychopharmaka, denen zumeist auch gefolgt wird. Bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen werden einer gesetzlichen Vorschrift folgend, regelmäßig, d.h. zumindest alle sechs Monate, Fallkonferenzen abgehalten, zu denen neben den Patienten selbst, ihre Angehörigen, ihr Betreuer und ihr Psychiater auch stets der GP eingeladen wird. Bei diesen Fallkonferenzen wird ein schriftlicher Behandlungsplan erstellt, dem idealerweise alle Beteiligten zustimmen. Sollen bei Patienten Zwangseinweisungen oder -behandlungen vorgenommen werden, muss der GP, sofern er irgendwie erreichbar ist, als Gutachter gefragt werden. Seine Zustimmung ist zur Einrichtung der Zwangsmaßnahme erforderlich und kann nur in Ausnahmefällen umgangen werden. Patienten, die an sekundäre Einrichtungen weiter verwiesen werden, verschwinden also nicht aus dem Blickfeld des GPs, sondern bleiben – im gewissen Rahmen – in seiner Zuständigkeit, wodurch sich unmittelbar die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen GPs und sekundären Einrichtungen ergibt. Hierfür haben sich in der Praxis verschiedene Modelle entwickelt, die sich in Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten und vor allem der beteiligten Personen sehr unterscheiden können. Wenn Patienten einem Psychiater vorgestellt werden, heißt dies nicht unbedingt, dass dieser die weitere Behandlung übernehmen soll. Häufig erwartet der GP lediglich einen Rat zur weiteren Behandlung, die dann von ihm selbst vorgenommen wird. Die meisten Psychiater sehen solche Patienten in ihren eigenen Einrichtungen, andere halten entsprechende Sprechstunden in den Praxen der GPs ab (CREED & MARKS, 1989). Gegebenenfalls arbeiten Psychiater dort direkt nicht nur mit dem Patienten, sondern auch mit den Angestellten der Praxis zusammen und leisten entsprechende Fortbildungsarbeit, was sich als ein effizienter Ansatz erwiesen hat. Essenziell ist in jedem Fall eine gute Kommunikation, wofür sich regelmäßige Treffen in den Räumen der Praxis bewährt haben (MIDGLEY et al., 1996).

Bisher wurde nur das staatliche Gesundheitssystem geschildert, daneben gibt es auch einen privaten Markt. GPs haben die Möglichkeit, ihre Patienten zu Privatbehandlungen zu überweisen, sofern die Patienten hierfür speziell versichert sind oder bereit sind, das Geld aus eigener Tasche zu bezahlen. In der Londoner Harley Street gibt es eine ganze Reihe privater Praxen, die häufig nur als

Teilzeitbeschäftigung betrieben diesem Klientel zur Verfügung stehen und auch auf private Kliniken für stationäre Behandlungen zurückgreifen können. Dieser private Markt hat aber in der Psychiatrie quantitativ eine äußerst geringe Bedeutung und stellt in der Praxis für die überwiegende Mehrzahl der Patienten keine realistische Alternative dar.

Versorgung ethnischer Minoritäten

Eine besondere Herausforderung für das englische Gesundheitssystem ist die adäquate psychiatrische Versorgung von Angehörigen ethnischer Minoritäten. Dies gilt auch für die GPs, von denen viele selbst – zumeist aus Ländern des Commonwealth stammend – nach England eingewandert sind. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Erkennungsrate psychischer Störungen durch GPs auch von der ethnischen Herkunft der Patienten beeinflusst werden kann. So wurden psychische Störungen bei Frauen indischer Herkunft besonders häufig übersehen (JACOB et al., 1998). Bei schwarzen Patienten fand sich ebenfalls eine besonders schlechte Erkennungsrate psychischer Störungen durch GPs (COMMANDER et al., 1997), und GPs berichteten, dass sie sich für die Behandlung dieser Patienten z.T. weniger einsetzten als für Patienten anderer Herkunft (BINDMAN et al., 1997). Je genauer die Untersuchungen in diesem Bereich sind, desto differenzierter scheinen auch die psychologischen und sozialen Faktoren, die für die unterschiedliche Diagnosestellung und Behandlung bei einzelnen ethnischen Minoritäten verantwortlich sein können. Es bleibt aber festzuhalten, dass die psychiatrische Versorgung von Patienten von ethnischen Minoritäten für die Forschung und für die Praxis eine Aufgabe mit derzeit hoher politischer Priorität ist. Bisher weiß man nur, dass offensichtliche Ungleichheiten bestehen und dass simple Erklärungen hierfür nicht ausreichen.

Fortbildung

GPs erleben sich als viel beschäftigte Leute mit wenig Zeit, sodass Fortbildungsangebote kurz und konzentriert sein müssen, um akzeptiert und genutzt zu werden. Hierfür sind zahlreiche Trainingsprogramme entwickelt worden, die GPs in die Lage versetzen sollen, psychiatrische Patienten besser zu diagnostizieren und zu behandeln.

Die meisten dieser Programme beschäftigen sich mit der Behandlung von depressiven Erkrankungen und Angststörungen. In kontrollierten Untersuchungen haben sich einige der Fortbildungs- und Trainingsprogramme als effektiv erwiesen und tatsächlich zu einer verbesserten Erkennung und Versorgung geführt (SCOTT et al., 1999). Allerdings werden Verbesserungen oft nur in Teilbereichen des Verhaltens der GPs erreicht (RADCLIFFE et al., 1999). Die Effekte können über einen längeren Zeitraum anhalten (BAUMAN et al., 1992). Oft ist dies aber nicht der Fall, und die erreichten Verbesserungen verschwinden nach einer Zeit wieder (KELLY, 1998).

Da GPs Experten im gesamten Bereich der Medizin sein sollen, gibt es entsprechend viele Initiativen aus unterschiedlichen Fachgebieten, um gezielte Fortbildungen anzubieten. Es scheint, dass die Fortbildungskurse und Trainingsprogramme gut durchdacht und gezielt eingesetzt werden müssen, um überhaupt einen Effekt zu erzielen, und dass man nicht davon ausgehen kann, dass solche Effekte automatisch lange anhalten. Das bedeutet, dass von psychiatrischer Seite wiederholte und unterschiedliche Initiativen erforderlich sind, um die psychiatrische Kompetenz der GPs zu erhalten und zu verbessern.

Beurteilung

Psychiatrische Versorgungssysteme lassen sich immer nur im jeweiligen historischen, kulturellen, sozialen, ökonomischen und politischen Kontext beurteilen, und pauschalisierende Bewertungen sind zumeist fehl am Platz. Bei einer Beurteilung des englischen Systems müsste z.B. berücksichtigt werden, dass viel weniger Geld für die psychiatrische Versorgung insgesamt ausgegeben wird als in jedem anderen Land Westeuropas (BURNS & PRIEBE, 1999). Deshalb sollen an dieser Stelle nur einige Aspekte resümiert werden, die möglicherweise für das deutsche System relevant sind. Die klare Trennung von primärer und sekundärer Versorgung vereinfacht die Planung und Übersichtlichkeit eines Systems. Die GPs sind Anlaufstelle, erste Behandler und gegebenenfalls dauernde Begleiter psychiatrischer Patienten. Mit welcher Qualität sie diese unterschiedlichen Rollen erfüllen, hängt u.a. von Interesse und Kompetenz ab und variiert sehr, wie wahrscheinlich bei den Hausärzten aller anderen Länder auch. Eine enge Kooperation zwischen GPs und Psychia-

tern, die über ein bloßes Hin-und-Her-Überweisen von Patienten weit hinausgeht, zahlt sich für beide aus und ist ein essenzieller Bestandteil guter psychiatrischer Versorgung. Regelmäßige Kommunikation ist unersetzlich. Die Güte der Versorgung insgesamt hängt auch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Zurzeit werden in England relativ viele der insgesamt geringen Mittel für die Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker bereitgestellt, wohingegen das NHS im Vergleich zu Deutschland äußerst wenig Mittel für die psychotherapeutische Versorgung aufbringt. Dies spiegelt sich auch in der Versorgung wider, die von GPs angeboten werden kann. Die meisten der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen werden in der Zusammenarbeit zwischen primärer und sekundärer Versorgung gut versorgt, während für Patienten mit leichteren und nicht-psychotischen Störungen nur wenig Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Die Rollenaufteilung zwischen Hausarzt und Psychiater allein macht noch keine gute Versorgung, kann aber sehr förderlich sein.

Eine direkte Übertragung der englischen Erfahrungen auf das derzeitige deutsche Gesundheitssystem ist natürlich nur begrenzt möglich. Man kann aber schließen, dass eine primäre psychiatrische Versorgung durch Hausärzte zumindest möglich ist. Sie erfordert eine entsprechende Orientierung fachärztlicher sekundärer Versorgung, die Hausärzte gezielt unterstützt, mit ihnen ohne Konkurrenz zusammenarbeitet und ihre Kompetenz ergänzt.

Literatur

- BAUMAN, F.M., GOLDBERG, D.P., MILLER, T., GASK, L., McGRATH, G.: Improving the skills of established general practitioners: the long term benefits of group teaching. In: *Medical Education*, 1992, 26: 63–8
- BINDMAN, J., JOHNSON, S., WRIGHT, S., SZMUKLER, G., BEBBINGTON, P., KUIPERS, E., THORNICROFT, G.: Integration between primary and secondary services in the care of the severely mental ill: patients' and general practitioners' views. In: *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 171: 169–174
- BURNS, T., PRIEBE, S.: English mental health care failure: Myth and Reality (editorial) *British Journal of Psychiatry*, 1995, 174: 191–2
- COMMANDER, M.J., DHARAN, S.P., ODELL, S.M., SURTEES, P.G.: Access to mental health care in the inner-city health district. I: Pathways into and

- within specialist psychiatric services. *British Journal of Psychiatry.*, 1997, 170: 312–6
- COMMANDER, M.J., DHARAN, S.P., ODELL, S.M. and SURTEES, P.G.: Access to mental health care in the inner-city health district. II: Association with demographic factors. In: *British Journal of Psychiatry.*, 1997, 170: 317–29
- CREED, F., MARKS, B.: Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic model. In: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1989, 39: 514–7
- GOLDBERG, D., HUXLEY, P.: *Mental Health in the Community: The pathway to Psychiatric Care*. Tavistock Publications: London and New York 1980
- JACOB, K.S., BHUGRA, D., LLOYD, K.R., MANN, A.H.: Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1998, 91: 66–71.
- KELLY, C.: The effects of depression awareness seminars on general practitioners knowledge of depressive illness. *Ulster Medical Journal*, 1998, 67: 33–5
- MIDGLEY, S., BURNS, T., GARLAND, C.: What do GPs and community mental health teams talk about? Descriptive analysis of liaison meetings in general practice. In: *British Journal of General Practice*, 1996, 46: 69–71
- RADCLIFFE, J., GASK, L., CREED, F., LEWIS, B.: Psychiatric training for family doctors: What do GP registrars want and can brief course provide this? *Medical Education*, 1999, 33: 434–8
- SCOTT, J., JENNINGS, T., STANDART, S., WARD, R., GOLDBERG, D.: The impact of training in problem-based interviewing on the detection and management of psychological problems presenting in primary care. *British Journal of General Practice*, 1999, 49: 441–5

Grenzen der Enthospitalisierung

Einleitung

Ingmar Steinhart

Der Begriff der Enthospitalisierung ist eng verknüpft mit der Entwicklung der Psychiatrie in den vergangenen 25 Jahren, aber auch mit der Suche nach Zukunftsperspektiven, insbesondere unter dem Aspekt einer lebensfeldorientierten psychiatrischen Hilfeerbringung im unmittelbaren Umfeld und der Schaffung von Alternativen zum traditionellen Hilfesystem. So zeigen die folgenden beiden Beiträge von Elmar Spancken und Stefan Bräunling Entwicklungslinien auf, die aus dem Verständnis der »Enthospitalisierungsbewegung« entstanden sind – und dennoch nicht unterschiedlicher sein könnten, da sie an zwei unterschiedlichen »Pack-Enden« psychiatrischer Arbeit ansetzen:

1. Veränderung der Lebensbedingungen von Langzeitpatientinnen und -patienten im Rahmen der Verkleinerung einer der größten deutschen Anstalten
2. Als Alternative zur Hospitalisierung: das Verhindern der Psychiatisierung von Menschen in Krisen, die Unterstützung benötigen, in einem Weglaufhaus.

Beide Beiträge befassen sich auch mit der grundlegenden Situation des Wohnens und Lebens mit bzw. ohne sozialpsychiatrischer Versorgung. In den vergangenen Jahren zeigte sich, dass die Variationsbreite des Begriffes »Enthospitalisierung« durchaus breit angelegt ist:

- Bedeutet Enthospitalisierung die Umetikettierung von Langzeitkrankenhausbereichen in Langzeitheimbereiche und ist damit Enthospitalisierung abgeschlossen? So wurde vielfach in den vergangenen Jahren nach erfolgter Trennung von Akut- und Langzeitbereichen der großen Anstalten (verbunden mit der Trennung der Kostenzuständigkeiten in Kassenzuständigkeit und BSHG-Bereich) die Enthospitalisierung als erfolgreich beendet erklärt, insbesondere dann, wenn beide Bereiche durch

intensive und kostensspielige Sanierungsmaßnahmen »modernisiert« wurden. Dieser Trend ist in einigen, insbesondere in den neuen Bundesländern, nach wie vor ungebrochen.

- Meint Enthospitalisierung die Dezentralisierung größerer Anstalten? Die Anstaltspsychiatrie insbesondere in Trägerschaft der Landschaftsverbände hat sich in den vergangenen Jahrzehnten vielfach dahingehend verändert, dass ein Großteil der Angebote unter gleicher Trägerschaft dezentral, d.h. in kleineren Einheiten/gemeindenah, und bei Erhalt bzw. Ausdehnung der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzahlen erhalten blieben. Inwieweit konnte hierdurch tatsächlich ein veränderter und gemeindeintegrierter Versorgungsansatz erreicht werden oder hat die Anstalt ihren Arm nur weiter und tiefer in die Gemeinde ausgestreckt? Haben sich Menschenbild und Ziele psychiatrischer Aktivitäten verändert? Konnten unter diesen strukturellen Bedingungen mittlerweile Ermutigung und Empowerment als Leitideen die traditionellen Formen der Versorgung und Schaffung von (lebenslangen) Abhängigkeiten ablösen?
- Erfasst der Begriff Enthospitalisierung auch die vorhandenen Heimbereiche? Im Rahmen der Verringerung der Platzzahlen in den großen Anstalten wurden mittlerweile ca. 100.000 Menschen in Heime der verschiedensten Art und Größe »verlegt«. Was bedeutet der Begriff der Enthospitalisierung für diese zumeist kleineren Heimeinrichtungen? Inwiefern entstanden hier neue kleine Anstalten des gleichen Types? Hat sich hier ein neuer blinder Fleck der Psychiatrie-Reform herausgebildet, sind die dezentralen kleinen Einrichtungen notwendige Übergangsformen im Rahmen eines langfristigen Reformprozesses und steht am Ende die »Aufhebung der Heime«.
- Inwieweit umfasst der Begriff Enthospitalisierung auch die Frage der Deinstitutionalisierung? Inwieweit wird bei Enthospitalisierungsprojekten gleich der beschriebene Schritt zur Aufhebung institutioneller Betreuungsformen hin zu personenorientierten Unterstützungsformen mitgedacht und vollzogen? Ist eine klassische Anstalt bereit sich dem Aufhebungsgedanken direkt zu stellen oder benötigt sie zwangsläufig einen Zwischenschritt.
- Warum wurden fast keine ehemaligen Anstalten vollständig aufgelöst? Der Beitrag von Elmar Spancken beantwortet indirekt diese Frage: Die aktuelle Hilflosigkeit der Gemeindepsychiatrie

tatsächlich für alle aus dem psychiatrischen Alltag gestellten Fragen personenbezogene Lösungen in der Gemeinde anzubieten, scheint es erforderlich zu machen, nach Antworten im Kontext der Anstalten zu suchen, die verbunden sind mit einer neuen fachlichen Professionalität, z.B. in den Reha-Bereichen, und einem veränderten Selbstverständnis. Hierzu tragen die immer kürzer werdenden Aufenthaltsdauern stationärer psychiatrischer Behandlungen ebenso bei, wie die offenen und versteckten Selektionsmechanismen im komplementären Bereich, die gekoppelt sind mit einer aktuell unter dem Diktat einer »Leistungstypen-Diskussion« erneut aufgeflammt Homogenisierungsdiskussion von Einrichtungen.

- Inwieweit haben die Enthospitalisierungsprojekte zu nutzerinnenorientierten Angeboten beigetragen und die »Power« der Nutzerinnen und Nutzer tatsächlich verstärkt? Sicherlich haben die Reformen dazu beigetragen, die Position von Angehörigen und Betroffenen zu stärken. Aber die Geschichte des bisher einzigen bundesdeutschen Weglaufhauses zeigt, wie schwierig es ist, ein alternatives Projekt überhaupt und vor allem gegen die Interessen und Lobby sowohl der biologischen als auch der als reformiert geltenden sozialpsychiatrischen Szene in Berlin durchzusetzen. Der Beitrag von Stefan Bräunling sollte anregen, darüber nachzudenken, welche Ideen in den letzten 25 Jahren umgesetzt und als gleichwertige und damit als echte »Alternativen« auch finanziell so untersetzt wurden, dass Hospitalisierung und Psychiatisierung im Grundsatz vermieden werden können. Würde nicht der Begriff Enthospitalisierung überhaupt zum »alten Eisen« gehören, wenn die so genannten Alternativen und antipsychiatrischen Projekte stärker zum Tragen kämen?

Beide Beiträge als auch die Diskussionen auf der Tagung ermuntern zum Überdenken alter sozialpsychiatrischer Grundsätze. Die Auflösung der Anstalten wurde vor 20 Jahren ebenso gefordert wie der Ersatz derselben durch gemeindepsychiatrische Verbände. Wir müssen heute feststellen, dass beides für die Gruppe der psychisch Kranken noch nicht umfassend gelungen ist, an der sich die Reform selbst als Maßstab messen lassen wollte: der »harte Kern«, die so genannten »chronisch Kranken«. Ebenso ist es uns bis heute nicht gelungen, weitere Alternativen außerhalb des klassischen Gedanken-

gutes der Psychiatrie-Enquete und den nachfolgenden Empfehlungen der Expertenkommission zu suchen und diese auch flächendeckend umzusetzen. Haben wir denn tatsächlich für den »harten Kern« Alternativen zu den Langzeitbereichen entwickelt, die von Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter »ausgehalten« werden können? Zeigen sich hier tatsächlich »Grenzen der Enthospitalisierung« oder kann nur das »System« nicht so weit »denken«? Noch viel weniger ist es gelungen, den Psychiatrie-Erfahrenen die Macht über ihre Unterstützungssysteme tatsächlich zu übergeben (Empowerment) – die Ermöglichung der Teilnahme an Fachtagungen oder einzelne Beiträge auf mehrheitlich durch Profis besetzten Foren kann noch nicht als grundsätzliche Trendwende gewertet werden. Beide Beiträge zeigen, dass sich an einer Diskussion zu Fragen der Enthospitalisierung stets die Grundwertediskussion der Psychiatrie-Reform festmacht. Nach unserer Einschätzung befinden wir uns noch in einem Übergangsstadium, in dem die Kernfrage der Reform noch nicht beantwortet ist: Können wir den von psychiatrischer Krankheit und/oder Psychiatrie betroffenen Menschen personenorientierte Lösungsmodelle und Alternativen zur Hospitalisierung flächendeckend anbieten – wird die »Aufhebung der Institution« gelingen oder haben Institutionen in professionalisierter Form eine (neue) Perspektive?

Das Berliner Weglaufhaus - ein Angebot zur Ent-Psychiatisierung

Stefan Bräunling

Das Weglaufhaus »Villa Stöckle«, das seit Anfang 1996 existiert, bietet Menschen, die das (sozial-)psychiatrische Versorgungsnetz verlassen wollen, eine Alternative und die Möglichkeit, eine Krisensituation intensiv betreut, aber ohne psychiatrische Maßnahmen durchzustehen. Es handelt sich um ein antipsychiatrisches Projekt, das Einzige dieser Art in Deutschland. Das bedeutet, dass auch diese Einrichtung und ihre Klientinnen und Klienten in vielerlei Bezug zu den Entwicklungen im Zuge der Psychiatrie-Enquete stehen, die wesentlichen Grundzüge dieser Reform hier aber nicht aktiv verfolgt werden. Die Grundüberzeugung der Antipsychiatrie ist, dass es eine Erkrankung der Psyche nicht gibt, insofern gibt es im Weglaufhaus keine »psychisch Kranken«, das wesentliche Angebot dieses Hauses ist die intensive Krisenbegleitung ohne den Einsatz von Psychopharmaka.

Im Folgenden wird die Praxis in dieser Einrichtung zunächst knapp dargestellt, danach die eigenen Grundsätze. Einige Differenzen zu sozialpsychiatrischen Ansätzen werden dabei erkennbar sein.

Praxis im Weglaufhaus

Das Weglaufhaus befindet sich in einem ruhigen Wohngebiet am Nordrand von Berlin. In einer geräumigen Einfamilien-Villa mit Garten können bis zu 13 Frauen und Männer für eine begrenzte Zeit von etwa einem halben Jahr aufgenommen werden. Es gibt drei Einzelzimmer, drei Doppelzimmer und eine Frauenetage, auf der bis zu vier Frauen wohnen können. Aufnahmevoraussetzungen sind:

- Psychiatriebetroffenheit und (drohende) Wohnungslosigkeit
- Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für sich selbst und für die Gemeinschaft
- Keine Abhängigkeit von harten Drogen
- Keine bestehende gerichtliche Unterbringung

Die wichtigsten Regeln innerhalb des Weglaufhauses lauten: *Keine Gewalt und gegenseitige Rücksichtnahme.* Während der Zeit im Weg-

laufhaus gestalten die Bewohnerinnen und Bewohner den Alltag in der Hausgemeinschaft selbstverantwortlich. Für Einkauf, Essen machen, Sauberkeit der Räume etc. ist die Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner zuständig. Unterstützt werden sie durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des 14-köpfigen Teams. Diese Personalstärke – den größten Teil des Tages sowie in der Nacht sind zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter anwesend (plus Praktikantinnen) – ist außerordentlich hoch und bietet die Möglichkeit der sehr intensiven Krisenintervention, -begleitung und -nachsorge. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner in praktischer und emotionaler Hinsicht, beim Bewältigen von Alltagsanforderungen, bei Behördenangelegenheiten aller Art sowie Wohnungssuche, beim Mitgestalten des Alltags in der Hausgemeinschaft bis zum Dabeisein in Krisensituationen.

Bezahlt wird der Aufenthalt von dem jeweils zuständigen Berliner Sozialamt in Form eines Tagessatzes von etwa 220 Mark nach § 72 (Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten) des Bundessozialhilfegesetzes. Das Weglaufhaus ist also sehr viel billiger als eine psychiatrische Station, allerdings durchaus eine vergleichsweise teure Einrichtung der Wohnungslosenhilfe.

Die Bewohnerinnen und Bewohner befinden sich im Moment der Aufnahme meistens in einer Situation, in denen ihnen ein Psychiatrieaufenthalt unmittelbar droht. Manche kommen direkt aus der Psychiatrie, teilweise regulär entlassen, teilweise gegen das Anraten der Ärztinnen und Ärzte, und zum Teil aus der Zwangsunterbringung geflohen. Die Mehrzahl kommt aus betreuten Wohnprojekten, in denen der Rahmen nicht vorhanden ist, eine zugespitzte Krise begleiten zu können, und in denen oft die Psychopharmakaeinnahme Pflicht ist und jede krisenhafte Veränderung zur Überweisung in die Psychiatrie führen kann. Es kommt nicht vor, dass sich jemand ausschließlich mit dem Problem, in eine verrückte Phase gerutscht zu sein, an das Weglaufhaus wendet. Alle Bewohnerinnen und Bewohner sind wohnungslos oder konkret von Wohnungslosigkeit bedroht. Einen festen Arbeitsplatz hat fast keine/r, die/der hier wohnt, kaum eine/r hat eine Berufsausbildung, die allermeisten keinen oder einen ungünstigen Schulabschluss, manche sind EU-berentet. Die meisten leben von Sozialhilfe, viele haben große finanzielle Schwierigkeiten. Viele Bewohnerinnen und Bewohner unterstehen einem Betreuungsverhältnis, mit dem sie

nicht zufrieden sind. Ein tragfähiges soziales Umfeld hat keine/r unserer Bewohnerinnen und Bewohner, manche leben schon seit längerem in annähernder sozialer Isolation. Zum Erlernen praktischer Alltagskompetenzen, wie z.B. Kochen, hatten manche unserer Bewohnerinnen und Bewohner noch nie die Gelegenheit. Die Menschen leiden unter zumeist unangenehmen Verrücktheitserfahrungen, unter schwerwiegenden unangenehmen Erlebnissen während ihrer Psychiatrieaufenthalte, viele unter Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend und nun unter den Wirkungen der ihnen verabreichten Psychopharmaka. Das Leben im Weglaufhaus ist so organisiert, dass hier erwachsene, zur Selbstständigkeit fähige Menschen freiwillig zusammenleben. Sie müssen ihren Alltag selber organisieren, sie haben jederzeit die volle Kontrolle darüber, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihnen und für sie machen. Die Hilfeleistungen sind minimal vorstrukturiert, es gibt keine vorgegebene Zeitstruktur, keinen Plan, nach dem die Hilfe abzulaufen hat, kein Therapieangebot im Haus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zwar oft sehr fürsorglich, wir erkennen ja auch deutlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner intensiver Unterstützung bedürfen, aber das geht (fast) nie in die Richtung, dass den Menschen die Verantwortung für ihr Tun abgenommen wird. Förderung der Selbstständigkeit ist immer das Oberziel des Weglaufhaus-Aufenthaltes, das Weiterziehen in eine weniger intensiv betreute Umgebung vom Weglaufhaus aus ist meistens eines der konkreten Ziele. Es ist natürlich nicht verboten, im Weglaufhaus Psychopharmaka einzunehmen, es wird allerdings erwartet, dass die Menschen die Bereitschaft mitbringen oder entwickeln, sich mit den Wirkungen der von ihnen eingenommenen Mittel auseinander zu setzen. Wer dabei zu dem Schluss käme, eigene Schwierigkeiten in erster Linie durch die Einnahme von Psychopharmaka bewältigen zu wollen, würde von uns in eine der vielen Wohneinrichtungen weitervermittelt werden, die dieser Bedürfnislage eher entsprechen. Dies kommt in der Praxis allerdings kaum vor, die Menschen kommen ganz überwiegend mit dem Wunsch ins Weglaufhaus, sich ein selbstverantwortetes Leben jenseits des herkömmlichen Krankheitsverständnisses und ohne psychiatrische Medikamente aufzubauen. Etwa 60 % der Bewohnerinnen und Bewohner nehmen schon zum Zeitpunkt des Einzuges keine Mittel mehr. Den Übrigen, die reduzieren oder absetzen wollen, raten wir häufig, dies schrittweise im Rah-

men ambulanter Behandlung bei niedergelassenen Psychiaterinnen bzw. Psychiatern zu tun: Wenn Bewohnerinnen und Bewohner abrupt absetzen wollen, verweisen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die erheblichen Risiken, die dies mit sich bringt, manchmal machen wir es auch zur Bedingung für einen weiteren Aufenthalt in diesem Haus, das abrupte Absetzen zu unterlassen. Das Absetzen kann ein langwieriger, psychisch und körperlich äußerst belastender Prozess sein. Es ist sehr sinnvoll, die Begleitung dieses Prozesses innerhalb einer intensiv betreuten Wohneinrichtung anzubieten. Häufig treten, neben Schmerzen und körperlichem Unwohlsein, Erinnerungen, Träume und Gefühlsregungen zu Tage, mit denen die Betroffenen allein überhaupt nicht zurecht kommen. Dies geschieht immer unerwartet, am Tage oder in der Nacht, und erfordert die Anwesenheit einer vertrauten, kompetenten Person. Nach all den Ermahnungen und düsteren Voraussagen von psychiatrischer Seite über das Zurechtkommen ohne Psychopharmaka und mit der Erfahrung, wie schwierig bereits ein Schritt des Reduzierens ist, erfordert es auch viel Mut, sich von den Psychodrogen zu lösen. Ganz besonders in dieser Hinsicht sind die Geschichte und das Vorbild der zum Teil psychiatriebetroffenen und durch die Bank krisenerfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von hohem Wert. In dem Setting, welches das Weglaufhaus anbietet, verläuft das allmähliche Absetzen von Psychopharmaka zumeist erfolgreich. Es ist erfreulicherweise festzustellen, dass das Konzept dieser einzigartigen Einrichtung in der Praxis gut funktioniert. Und dass die Existenz dieser Zufluchtsstätte an sich schon ein Erfolg ist, denn sie ermöglicht vielen Menschen die Entscheidung zwischen dem psychiatrischen Angebot und einer Alternative.

Auf Grund der Vielfachproblematik, mit der die Menschen zu uns kommen, und der recht verschiedenartigen Bedürfnisse und Ziele der Bewohnerinnen und Bewohner ist es kaum möglich, die Erfolge dieser Arbeit in Zahlen darzustellen. Qualitativ lassen sich die bei der überwiegenden Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner des Weglaufhauses erzielten Erfolge wie folgt zusammenfassen:

- Auffangen von aktuellen Krisen, Verhindern des Ausbruchs einer sich anbahnenden psychosozialen Krise
- Stabilisierung der sozialen und psychischen Verfassung
- Entwickeln und Umsetzen neuer Lebensperspektiven, vor allem in den Bereichen Wohnen, Therapie und Ausbildung

- Rückgewinnung von Alltagskompetenzen, einem Stück Selbstbewusstsein und eigenem Handlungsspielraum
- Entwicklung von Eigeninitiative auf Grund der Erfahrung, dass es einen anderen, aktiveren Umgang mit den eigenen Krisen gibt und dabei ein neues Bewusstsein für die Verantwortung für das eigene Leben entsteht
- Aufbrechen von resignativen Versorgungshaltungen, die mit der Übernahme psychiatrischer Diagnosen ins eigene Selbstbild oft einhergehen
- Durchbrechen der sozialen Isolation im Erfahrungsaustausch und Miteinanderleben mit Menschen, die Ähnliches erfahren haben

Antipsychiatrische Grundhaltung

Die Grundhaltung, mit der die Mitglieder des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt und des Teams des Weglaufhauses sich an diesem Projekt beteiligen, trägt die im Folgenden beschriebenen Charakteristika. Mit dieser Haltung müssen wohlgeachtet die Einstellungen, mit denen eine Person als Bewohnerin/Bewohner im Haus ist, nicht übereinstimmen. Es werden Menschen in Krisen aufgenommen, die eigenverantwortliche, nicht-psychiatrische Wege durch diese Krisen hindurch suchen, es wird nicht erwartet, dass die Menschen ausdrücklich antipsychiatrisch eingestellt sind. (In der Praxis sind sie es allerdings – aus leidvoller Erfahrung heraus – überwiegend.)

Kein Krankheitsbegriff, keine Diagnosen

Das Konzept, es gäbe so etwas wie eine Erkrankung der Psyche oder der Seele, lehnen wir ab. Wir stellen keine Diagnosen, wir fragen auch nicht nach früher gestellten. Mit den psychiatrischen Krankheitsbegriffen sind zu aller erst Stigmatisierung, soziale Abwertung und die Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen verbunden. Stattdessen betrachten wir die Bewohnerinnen und Bewohner als durchaus vorübergehend unterstützungsbedürftige, jedoch grundsätzlich zu Selbstständigkeit fähige erwachsene Menschen. Wir arbeiten viel mit ihren Selbstbeschreibungen, fragen genau nach, wie sie sich fühlen, wie sie sich und ihre Schwierigkeiten selber sehen, was sie erlebt

haben, und was ihnen in ihrer momentanen Situation gut tun könnte. Als Expertinnen und Experten für ihre Situation werden die Betroffenen selbst gesehen.

Zufluchtsort für Psychiatriebetroffene

Das Weglaufhaus ist als ein Ort konzipiert, an dem man sich vor dem psychiatrisch geprägten Sozial- und Gesundheitssystem sicher fühlen kann. Man kann hier zur Ruhe kommen, einen eigenen Umgang mit der Krise herausfinden und erlernen, sich mit Leuten, die Ähnliches erlebt haben, austauschen und selbstständige Alltagsgestaltung erproben. Es ist kein Arzt, keine Ärztin und kein Pflegepersonal im Haus, der Zutritt ist für Psychiaterinnen und Psychiatern verboten. Das Haus hat wie Frauenhäuser eine geschützte Adresse, sie wird nirgendwo veröffentlicht. Dies hat eine starke symbolische Kraft, hilft allerdings nicht gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die bei Vorliegen eines Unterbringungsbeschlusses die Verfügungsgewalt über den Aufenthaltsort einer Person haben. Die geheim gehaltene Adresse hilft manchmal sehr gegenüber Amtsbetreuerinnen und -betreuern, Angehörigen und anderen Bekannten, zu denen Bewohnerinnen und Bewohnern vorübergehend keinen persönlichen Kontakt wünschen. Das Weglaufhaus kann jedoch kein sozusagen exterritorialer Raum in einer psychiatrisch organisierten Welt sein – hier können keine Zwangsunterbringungen ohne die Zustimmung von Ärztinnen und Ärzten oder Richterinnen und Richtern aufgehoben werden, und hier kann nicht absolut garantiert werden, dass Betroffene nicht wieder in die Psychiatrie geraten. Genau gesagt, ist das Weglaufhaus also ein Ort, an dem es mit besonders weit gefassten Grenzen möglich ist, verrückte Zustände zu durchleben, ohne den Zugriff der Psychiatrie befürchten zu müssen.

Keine Therapie

Es handelt sich um eine Kriseneinrichtung und um recht kurzfristige Aufenthalte in Krisensituationen. Was darüber hinaus gilt: Hier wird kein therapeutischer Anspruch erhoben, die Hilfe läuft nie nach einem ohne die betroffene Person aufgestellten Plan ab. Es wird keine Malgruppe, keine Musiktherapie angeboten, die Hausversammlungen dienen keinem gruppentherapeutischen Ziel. Es arbeitet

keine Psychotherapeutin oder -therapeut im Haus. Bewohnerinnen und Bewohner, die das möchten, nutzen, oft mit unserer Empfehlung, therapeutische Angebote außerhalb des Weglaufhauses.

Freiwilligkeit und Selbstbestimmung

Im Weglaufhaus halten sich alle Menschen freiwillig auf. Sie haben sich selbst für den Aufenthalt entschieden, und sie können ihn jederzeit beenden. Es wird erwartet, dass Aufnahmeinteressentinnen und -interessenten sich selbst melden, eine reine Vermittlung ohne ausdrückliche Äußerung des/der Betroffenen führt nicht zur Aufnahme. (Das Weglaufhaus hat selbstverständlich keinen Vollversorgungsauftrag zu erfüllen.) Zwangsmaßnahmen werden nicht ausgeübt, es gibt keine Zwangsmedikation, niemals eine von innen verschlossene Haustür. Die Hausordnung beinhaltet die für eine betreute Wohngemeinschaft üblichen Regeln – Gewalt, Gewaltdrohung, Alkohol- und Drogenkonsum sind im Haus verboten, gegenseitige Rücksichtnahme ist allgemeine Pflicht. Die einzige Sanktion, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei einem schwer wiegenden Bruch dieser Regeln zur Verfügung steht, ist das Beenden des Hausaufenthalts.

Transparenz

Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen in jedem Moment die volle Kenntnis darüber haben, was für sie und mit ihnen getan wird. Es wird keinerlei Hilfeleistung ohne ausdrücklichen Auftrag ausgeführt, und alles, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern tun, ist für die Betroffenen nachvollziehbar und kontrollierbar. Alle Schriftstücke, die geführt werden, kann die betroffene Person einsehen, Berichte, die z.B. an Ämter geschickt werden, werden ihr grundsätzlich vorher vorgelegt und besprochen. Gespräche mit Dritten finden ohne Zustimmung nicht statt. In Dienstübergaben und Team-sitzungen können Bewohnerinnen und Bewohner dann, wenn über sie gesprochen wird, teilnehmen. Das einzige Gremium, von dem Bewohnerinnen ausgeschlossen sind, ist die Team-Supervision der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Quotiertes Team

Obwohl dieses Projekt der Betroffenenbewegung entstammt, ist es kein reines Betroffenenprojekt. Stattdessen gibt es die Quotierung: Mindestens die Hälfte der Teammitglieder sind Psychiatrie-Betroffene, also als Patientinnen und Patienten stationär in der Psychiatrie gewesen. Das Team ist hierarchiefrei organisiert, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen in etwa die gleiche Arbeit. Eine Frauenquote ist ebenfalls festgeschrieben, sie wird immer übererfüllt. Das Team ist multidisziplinär zusammengesetzt, es arbeiten nicht nur Menschen mit einer Ausbildung im sozialen Bereich mit. Das zentrale Kriterium zur Einstellung ist, existenzielle Krisen selbst erlebt und reflektiert und (dabei) eine antipsychiatrische Grundhaltung gewonnen zu haben. Im Trägerverein, in dem es keine Quote gibt, hat die Mehrheit der psychiatriebetroffenen Mitglieder ein Vetorecht. Das Weglaufhaus und sein Trägerverein grenzen sich auch von der reformierten sozialpsychiatrischen Versorgung 25 Jahre nach der Formulierung der Ziele der Psychiatrie-Enquete bewusst ab. Unser Ziel ist die wirkliche Herausnahme des verrückten Erlebens und des Hilfebedarfs hiervon betroffener Menschen aus dem medizinischen Kontext. An Stelle einer sozialmedizinischen Versorgung »psychisch Kranker« bietet dieses Projekt seinen Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeit, sich jeweils neue Wege in der Bewältigung tief greifender sozialer und psychischer Krisen zu erschließen und einen eigenen Umgang mit ihrer Verrücktheit zu erproben. Viele Betroffene nehmen das Angebot der neuen sozialpsychiatrischen Versorgung nicht oder nur widerwillig wahr. Sie bevorzugen die Angebote der Wohnungslosenhilfe, welche eine Hilfe jenseits des »psychiatrischen Blicks« ermöglichen, von der psychiatriebetroffene Menschen jedoch häufig überfordert sind. Im Weglaufhaus ist nun wiederum deutlich der Mangel festzustellen, dass es keine vom Ansatz her verwandte Alternative gibt, kein »Weglaufhaus auf dem Lande«, keine antipsychiatrische Kriseneinrichtung nur für Frauen, kein antipsychiatrisches Wohnprojekt für die Zeit danach, keine Beratungsstelle, bisher – aber das ändert sich in Berlin glücklicherweise in Kürze – keine ausdrücklich nichtpsychiatrische Einzelfallhilfe. Im Sinne der Vielzahl von Betroffenen, die eine Alternative zur psychiatrischen Versorgung suchen, erscheint deshalb ein Ausbau von dem Weglaufhaus verwandten Projekten als notwendig.

Rheinische Kliniken Bedburg-Hau: Enthospitalisierung und die Zukunft der Langzeitbereiche

Elmar Spancken

Zusammenfassung

Es wird über ein umfangreiches Enthospitalisierungsprojekt der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau berichtet, das die Verbesserung der Lebensqualität von 900 Langzeitpatientinnen und -patienten zum Ziel hatte. Ca. 340 neue Plätze in gemeindeintegrierten Wohnformen wurden geschaffen, teils über Freie Träger, teils als dezentrale Dependancen der Klinik. Parallel dazu wurden aber 81 schwer gestörte chronisch Kranke, trotz strenger Indikationsstellung, aus den Akutbereichen und der Forensik neu auf Reha-Stationen aufgenommen. Es wird die Auffassung vertreten, dass im Spektrum einer gemeindenahen Versorgungsstruktur die Reha-Bereiche an Psychiatrischen Kliniken auch zukünftig eine wichtige Funktion behalten. Sie können ein spezifisches Milieu bereitstellen und sehr individuelle Entwicklungen ermöglichen für jene »schwierigen Menschen«, die zwischen Krankenhaus und »Gemeinde« ihren Platz noch nicht gefunden haben.

Ein Rückblick

Die Mehrzahl der Rheinischen Kliniken geht noch auf die 200 Jahre alte Tradition der Anstalten zurück. Zu Zeiten ihrer Gründung lag ihnen eine nicht inhumane Idee im Hinblick auf die chronisch Kranken zugrunde. Zum Beispiel heißt es in einer Gründungsschrift: Der Zweck einer Irrenanstalt ist doppelt

- die von der Geistesverwirrung Betroffenen womöglich zu heilen und
- die Unheilbaren weiterhin in eine solche Lage zu versetzen, dass sie mit den ihnen noch übrigen Geistes- und Körperkräften so glücklich leben können, als es ihre Krankheit und ihre Umstände erlauben.



Abb. 3: Psychiatrische Versorgung in der Versorgungsregion der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau im Jahre 1985

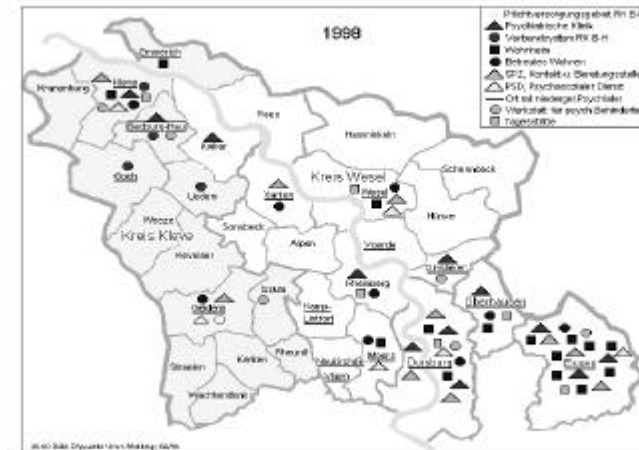


Abb. 5: Psychiatrische Versorgung in der Versorgungsregion der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau im Jahre 1998



Abb. 4: Psychiatrische Versorgung in der Versorgungsregion der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau im Jahre 1995

Ein besonderer Hinweis gilt der Tatsache, dass Bedburg-Hau bezogen auf die allgemeinspsychiatrische Versorgung nur noch für den Kreis Kleve zuständig ist mit ca. 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Das 70,5 Mio.-Programm gab dann die Impulse zur Veränderung in folgende Richtung (s. Abb. 6): 172 Plätze entstanden bei freien Trägern in den nunmehr autonomen Versorgungsgebieten (Essen, Duisburg, Wesel usw.), 137 Plätze in unserem eigenen Einzugsgebiet blieben als Klinikdependancen Teil der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau. (Weitere 33 Patientinnen und Patienten wurden im Rahmen der Familienpflege vermittelt). Das Konzept der Wohngruppen (s. Abb. 7) orientierte sich am Prinzip des Verbundsystems, wie z.B. in Goch.

Der Bereich Soziale Rehabilitation besteht nun aus vier Wohngruppensystemen (s. Abb. 8) in den Zentren der umliegenden Gemeinden und am Klinikrand und aus noch 170 Plätzen auf dem Klinikgelände mit mehr und mehr sich differenzierenden Wohnformen bis hin zur individuellen »Nische«. Für 127 schwer pflegebedürftige alte Patientinnen und Patienten wurde ein Pflegeheimbereich gebildet. Ein Blick in die Zukunft, orientiert an der



Abb. 6: Die Entwicklung neuer Wohnformen

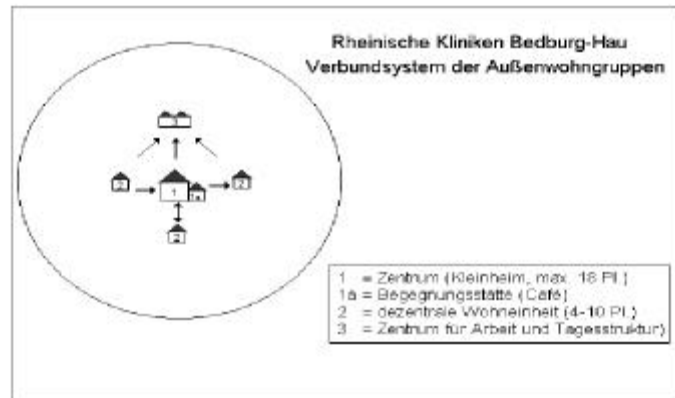


Abb. 7: Rheinische Kliniken Bedburg-Hau: Verbundsystem der Außenwohngruppen

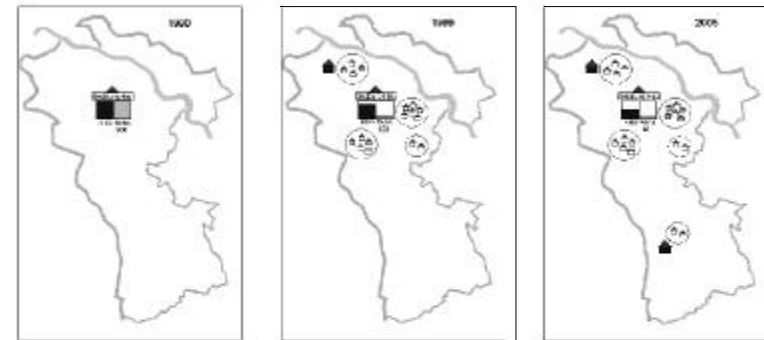


Abb. 8: Die Entwicklung des Bereiches Soziale Rehabilitation von 1990 bis 2005

Zielplanung bis 2005: Im Gelände werden vielleicht noch 50 oder auch weniger Plätze sein, aber dafür ca. 170 in den Gemeinden unseres Einzugsbereichs Kleve bis hinunter nach Geldern.

Betrachtet man den Reha-Bereich in Zusammenhang mit der gesamten stationären und komplementären Versorgungsstruktur im Kreis Kleve, wie er über Jahre gewachsen bzw. in der Zielplanung vorgesehen ist, ergibt sich folgendes Bild (s. Abb. 9).

Damit wird deutlich, dass der Reha-Bereich sich zum größten Teil in den Gemeinden befindet und Teil eines Verbundes im Rahmen eines regionalen Versorgungskonzeptes ist, gemeinsam mit anderen Trägern, z.B. dem Verein Papillon als Träger von Wohnheimplätzen, Betreutem Wohnen, zwei Sozialpsychiatrischen Zentren und zwei Tagesstätten. In der Zielplanung der Klinik hat der Reha-Bereich also seinen festen Platz in einem Konzept der Dezentralisierung und Differenzierung, zu dem in Zukunft auch noch eine Tagesklinik, eine Institutsambulanz und eine stationäre Behandlungseinheit im Südkreis gehören werden. Nun: Bisher haben wir die Daseinsberechtigung des Reha-Bereiches allein aus der Enthospitalisierung hergeleitet. Alle Plätze und Strukturen wurden deshalb geschaffen, weil es noch 900 Langzeitpatientinnen und -patienten der älteren Generation gab. Dass Enthospitalisierung im weitesten Sinne, dieses späte, aber nicht zu späte Bemühen um eine neue Lebensqualität für die alt gewordenen chronisch Kranken zunächst die vorrangige und noch immer nicht abgeschlossene Aufgabe der Rehabilitations-

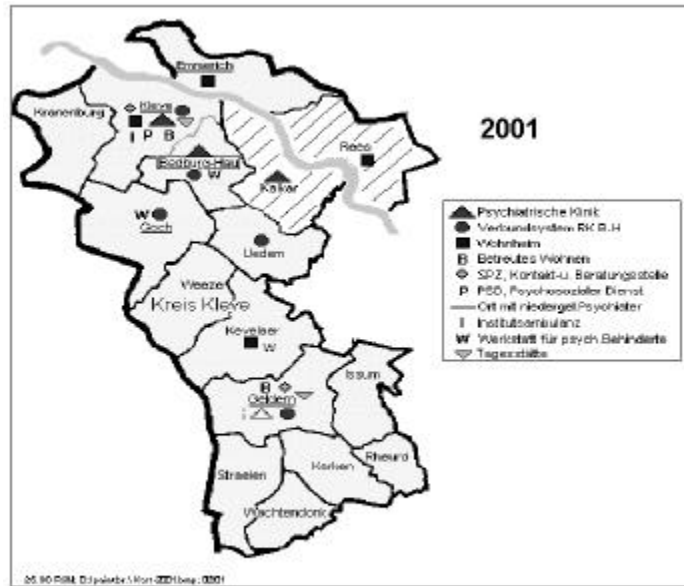


Abb. 9: Stationäre und komplementäre Versorgungsstrukturen im Kreis Kleve im Jahre 2001

bereiche sein muss, ist sicher unstrittig. Über dieses Thema, die unterschiedlichen Wege, Erfahrungen und Bewertungen ist oft berichtet worden. Aber dieser Aspekt soll nicht im Vordergrund stehen, sondern die Frage: Haben die Reha-Bereiche auch eine spezielle **zukunftsgerichtete** Aufgabe jenseits der Enthospitalisierung? Ursprünglich gingen wir nicht davon aus, aber ich will beschreiben, wie sich diese Sichtweise allmählich wandelte. Zu Beginn des Prozesses 1990 fühlten wir uns lediglich der Enthospitalisierung verpflichtet mit dem Ziel der irgendwann in der Zukunft zwangsläufigen Auflösung dieser Bereiche. Zum Projekt gehörte zu Beginn das notwendige Prinzip: Keine Neuaufnahmen in diesen Bereich, weder aus den eigenen Behandlungsbereichen (KHG), noch aus der Region. Das war ungewohnt für die Kolleginnen und Kollegen aus den Akutbereichen. Es hatte aber einen wichtigen und gewünschten Effekt: Die kreativen Bemühungen um Möglichkeiten der Entlassung und Wiedereingliederung direkt aus den Behandlungsbereichen in entspre-

chende ambulant-komplementäre Betreuungsformen wurden enorm aktiviert und hatten in der Regel auch Erfolg. Dieses Prinzip konnten wir zwei Jahre durchhalten. Aber dann wurden wir ihm untreu und nahmen von nun an durchschnittlich zehn Patientinnen und Patienten pro Jahr neu auf (s. Abb. 10).

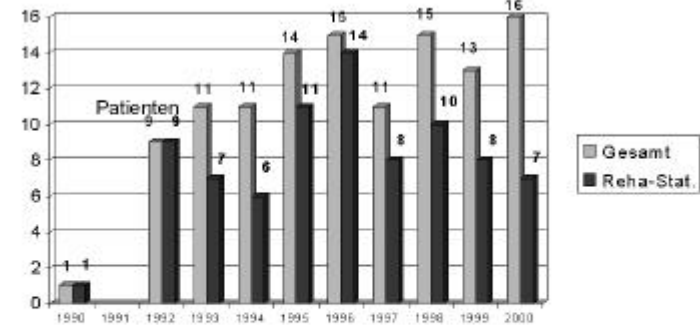


Abb. 10: Neuaufnahmen im Fachbereich II. 01.07.1990–31.12.2000, n = 116; Reha-Stationen = 81 Pat., 28/11.1 = 3, AWG = 14, Pflegeheim = 6, Familienpflege = 12

Waren wir schwach geworden und zu kompromissbereit? Ich glaube nicht, zumal wir in der Zusammenarbeit mit dem Akutbereich davon ausgehen konnten, dass wir nur dann um eine Übernahme gebeten wurden, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft waren. Wir haben dann allerdings, als sich diese Entwicklung abzeichnete, sehr enge Kriterien formuliert, die als Voraussetzung für eine Übernahme erfüllt sein mussten:

- Patientinnen und Patienten aus den Abteilungen für allgemeine Psychiatrie, bei denen auch nach maximaler Ausschöpfung der Krankenhausbehandlung eine Entlassung in Betreuungsformen außerhalb der Rheinischen Kliniken noch nicht möglich ist
- Patientinnen und Patienten aus der forensischen Abteilung, bei der die Abwägung aller sozialen und forensischen Risiken ergeben hat, dass mit Beendigung der Maßregel eine Entlassung speziell auch in ihre Heimatregion (noch) nicht möglich ist
- Primär aus dem Bereich der Pflichtversorgung angemeldete Personen, für die sich das ambulant-komplementäre Versor-

gungssystem als noch nicht tragfähig erwiesen hat und die Voraussetzungen für Krankenhausbehandlung nicht gegeben sind.

Im Jahr 2000 haben wir dann eine Auswertung dieser inzwischen 116 Neuaufnahmen vorgenommen. Uns interessierte besonders:

- Was sind das für Patientinnen und Patienten, für die offenbar nur noch der Reha-Bereich in Betracht kommt?
- Was ist inzwischen aus ihnen geworden? Ist es jener »harte Kern«, der dauerhaft auf den Langzeitbereich in der Klinik angewiesen ist?

Von den 116 Neuaufnahmen waren 75 aus der Allgemeinpsychiatrie gekommen, 30 aus der Forensik, die anderen elf primär aus der Region. Sie hatten meist eine lange Behandlungszeit bis zu mehreren Jahren hinter sich und in aller Regel waren intensive Bemühungen gelaufen, sie als Behandlungsfälle zu verlängern. 35 dieser 116 Aufnahmen konnten direkt in Außenwohngruppen, in unser Pflegeheim und in die Familienpflege vermittelt werden. Sie fanden somit sofort einen angemessenen Platz. Was aber ist aus jenen 81 geworden, die notwendigerweise zunächst in Reha-Stationen auf dem Klinikgelände aufgenommen werden mussten? Nur noch 32 dieser 81 sind auf Reha-Stationen im Klinikgelände (s. Abb. 11). Immerhin 40 haben eine bei der Übernahme nicht unbedingt zu erwartende Entwicklung genommen:

- 11 leben in unseren eigenen Außenwohngruppen
- 7 zum Teil recht schwierige Patientinnen und Patienten konnten sogar in die Familienpflege gehen
- 1 wurde zum Heilpädagogischen Heim vermittelt
- 18 in Einrichtungen freier Träger und
- 3 sogar in eine eigene Wohnung.
- Zu den erfolgreich Enthospitalisierten zählen auch 7 der 22 übernommenen Forensiker;
- 6 allerdings mussten in die Forensik zurückkehren.

Was sind die besonderen Probleme dieser Personengruppe? Sicherlich zählen sie zu den so genannten »Schwierigen«, bei denen sich eine Reihe von Eigenschaften auf verschiedene Weise kombinieren: Eine chronische Psychose, erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, Suchtmittelmissbrauch, leichte Minderbegabung, Neigung zu kri-

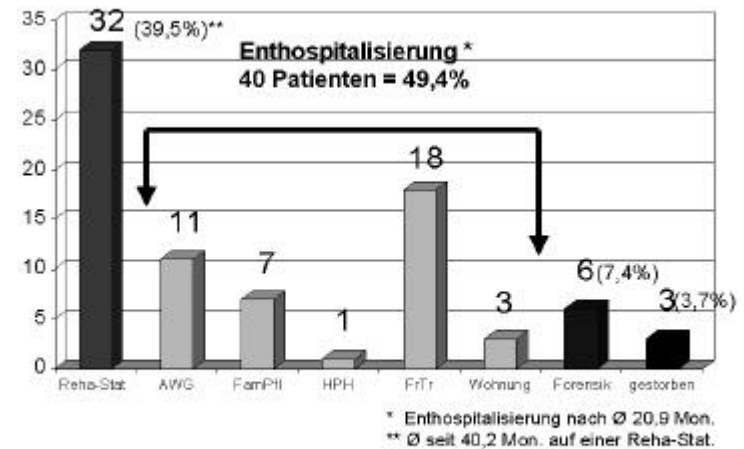


Abb. 11: Neuaufnahmen auf Reha-Stationen. Entlassung/Enthospitalisierung 81 Aufnahmen vom 01.07.90–31.12.00

mineller oder auch sexueller Devianz. Oftmals haben sie ihre Schwierigkeiten dort, wo ein Minimum an sozialer Anpassungsbereitschaft in gruppenorientierten Settings verlangt wird oder individuelles Wohnen mit der Neigung zu Verwahrlosung und Isolation einhergeht. Wir können aus diesen Ergebnissen schließen, dass im Bereich Soziale Rehabilitation die Bedingungen nicht ungünstig sind, um auch schwierige Patienten weiter zu fördern. Welcher Art können diese spezifischen Bedingungen sein? In Betracht kommen:

- *Entlastung von dem Druck*, dass sich für einen Patienten etwas zum Besseren entwickeln *mus*s, kombiniert mit dem grundsätzlichen *Optimismus*, dass sich jederzeit etwas entwickeln *kann*.
- Dass Rehabilitation auch heißt: Stets *offen bleiben für Fortschritte*, aber auch ertragen können, dass es vorerst so bleibt wie es ist. Das Wissen darum, dass es Formen und Verläufe psychischer Erkrankungen gibt, die Zeiträume für Entwicklungen brauchen, die sich nicht in Wochen, Monaten oder gar Jahren beschreiben lassen.
- Die zunehmend *individuell* ausgerichtete Suche nach Lösungen, oftmals in Form patientinnenzentrierter »Runder Tische«. Da-

bei geht es weniger darum, die Menschen zu ändern, als das für sie stimmige soziale Milieu herauszufinden, ihre eigenen Möglichkeiten und Belastbarkeiten mit denen ihrer Umwelt in eine neue Balance zu bringen. Auf diese Weise findet die eine ihren Platz in einer Wohngruppe, die ausgeprägte Individualistin in einer so genannten »Nische«, ein anderer in der Familienpflege.

Wir gewinnen mehr und mehr den Eindruck, als könnten wir etwas bewirken für so genannte »schwierige Patientinnen und Patienten« im Niemandsland zwischen nicht mehr gewährter Krankenhausbehandlung und nicht – noch nicht – gefundenem Platz in der Gemeinde. Das Bemühen um diesen Personenkreis lenkt die Aufmerksamkeit außerdem auf eine zentrale Frage gemeindepsychiatrischer Versorgungskonzepte: Haben auch schwerer chronisch Kranke darin schon ihren Platz, besser ihre Heimat gefunden? Dass hier noch ein Problem besteht, bestätigen uns auch Signale aus Regionen, für die früher die Klinik Bedburg-Hau zuständig war, für die jetzt aber Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Versorgungspflicht übernommen haben. Regelmäßig gehen Anfragen ein, ob wir nicht diese oder jene Patientin bzw. diesen oder jenen Patienten in unseren »Langzeitbereich« aufnehmen können, nicht selten durch Betreuer, die klagen: Frau X muss aus der Klinik entlassen werden, aber wir finden keinen Lebensort für sie. Bei allem Verständnis für diese Problematik stehen wir diesen überregionalen Anfragen aber grundsätzlich ablehnend gegenüber, weil wir meinen, dass

- es erstens nicht der zeitgemäßen Rollenverteilung zwischen Fachkrankenhaus und Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus entspricht, dass sich hier wieder überregional chronisch Kranke zentrieren, dort aber nur eine Akutpsychiatrie gepflegt wird und
- zweitens, jeder Druck verloren geht für Impulse, die auch dort für noch fehlende regionale Angebote sorgen müssen.

Dass wir mit dieser Haltung nicht Unrecht haben, zeigte sich als wir kürzlich recherchierten, was aus jenen 26 überregionalen Anfragen geworden war, die offenbar zwingend von unseren Reha-Bereich aufgenommen werden sollten. Für immerhin 14 Patientinnen und Patienten hatte sich zwischenzeitlich doch eine Lösung in der Region gefunden (s. Abb. 12). Über die Zukunft der Reha-Bereiche, über

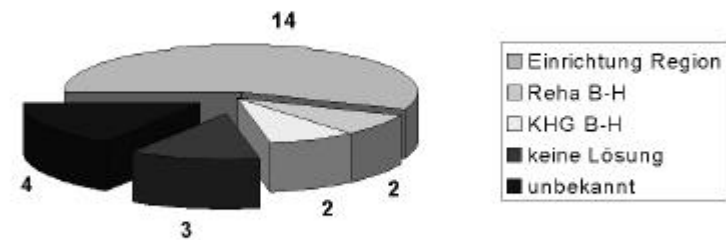


Abb. 12: Überregionale Aufnahmeanfragen

die historisch begründete Enthospitalisierung hinaus darf man deshalb sagen: Sie werden als ein wichtiger Baustein in einem entwickelten gemeindepsychiatrischen Verbund gebraucht und können dort speziell einer Gruppe schwieriger chronisch Kranker zugute kommen. In diesem Verbund können sie Entwicklungsräume bereitstellen und zulassen für jene, denen das Krankenhaus seine Zuständigkeit aufkündigen muss und die den richtigen Lebensort noch nicht gefunden haben. Die Notwendigkeit dieser Bereiche wird in Zukunft umso augenfälliger werden, je mehr der Druck durch die Kostenträger auf die Verweildauern in der stationären Behandlung zunimmt und dem psychiatrischen Krankenhaus nur noch die Rolle der Krisenintervention zugestanden wird.

Psychiatrie und Psychosomatik – eigener Fachbereich oder integraler Bestandteil von Somatik und Psychiatrie?

Einleitung

Matthias Berger

Sowohl psychische als auch psychosomatische Beschwerdebilder und Krankheiten spielen eine außerordentlich große Rolle im Gesundheitssystem. Eine Studie der WHO verdeutlichte, dass mindestens 20 % der Patientinnen und Patienten in allgemeinärztlichen Praxen psychisch oder psychosomatisch erkrankt sind. Häufig bestehen die Beschwerdebilder in Form einer Komorbidität mit somatischen Erkrankungen. In dem Symposium wurde diskutiert, wie hier die optimalen Versorgungsstrukturen durch Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und psychiatrisch-psychotherapeutische Medizin, psychosomatische Fachkrankenhäuser entwickelt werden können. Dabei spielten sowohl Fragen der diagnostischen Zuordnung, der sich daraus ergebenden differenzialtherapeutischen Möglichkeiten, aber auch Kosten-Nutzen-Aspekte und Fragen der Praktikabilität eine Rolle. Die Vernetzung unterschiedlicher Versorgungsstrukturen scheint in Deutschland noch deutlich verbesserbar. Hierzu wurden entsprechende Modelle vorgestellt und diskutiert.

Das dreigliedrige System der psychosomatischen Versorgung

Karin Bell

Der Titel des Symposiums legt eine Entweder-oder-Alternative als Antwort auf die gestellte Frage nahe, die ich modifizieren möchte. Legt man der Fragestellung die derzeitige psychosomatische Versorgung zu Grunde, so finden wir ein dreigliedriges System.

1. Es gibt die Basisversorgung durch die psychosomatisch interessierte Allgemein- oder Fachärztin, wobei hier die so genannte psychosomatische Grundversorgung ebenso eine qualifizierende Kompetenz darstellt, wie die Integration psychosomatischer Kenntnisse in die unterschiedlichen Fachgebiete.
2. Daneben gibt es in unterschiedlichem Ausmaß eine psychotherapeutische Versorgung mit Richtlinien-therapie in den einzelnen Gebieten, deren fachliche Grundlage der Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie darstellt
3. Schließlich stellt die fachärztliche psychotherapeutische Versorgung in den Gebieten Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie die spezialisierteste Form fachpsychotherapeutischer Versorgung dar, wobei ich in diesem Zusammenhang die Fachärztin/den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung subsumiere.

Um die Frage des Symposiums zu beantworten, sollen die Begriffe Psychosomatik und Psychotherapie getrennt untersucht werden.

Die *Psychosomatik* entwickelte sich als Antwort der Medizin auf den seit dem 19. Jahrhundert entstandenen Dualismus zwischen Körper und Seele. Sie sucht eine Antwort auf die vielfältigen Interaktionen zwischen den biologischen Grundlagen von Krankheit und dem Menschen als Subjekt mit seiner Biografie, Persönlichkeit, Konfliktfähigkeit und seinem interpersonellen Beziehungsgefüge. Da diese Faktoren bei jeder Krankheit eine Rolle spielen, stellt eine psychosomatische Betrachtungsweise einen allgemein anzuwendenden Zugang der Ärztin und des Arztes bei allen Krankheiten dar. Sie ermöglicht eine Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Spektrums unter Einbeziehung der Subjekthaftigkeit, d.h.

des persönlichen Umgangs mit Krankheit. Das Erleiden von Krankheit als psychologische Dimension mit unterschiedlichen Erfahrungen von Ohnmacht und Verlust, Anlehnungsbedürfnis, Abhängigkeit, Vertrauen, Misstrauen, Angst, Wut und schließlich die Meisterung dieser Emotionen muss berücksichtigt und den Patientinnen und Patienten bei ihrer Verarbeitung geholfen werden. In einem erweiterten Sinne berücksichtigt eine psychosomatische Perspektive auch unterschiedliche Lebensstile, die zur Entstehung von Krankheit beitragen und psychoedukative Maßnahmen erfordern, wie z.B. Rauchen, Übergewicht, mangelnde Bewegung, falsche Ernährung, ungeschützten Geschlechtsverkehr, übermäßiges Sonnenbaden oder risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr. Schließlich gibt es Untersuchungen über bestimmte genetisch verankerte oder lebensgeschichtlich entstandene Persönlichkeitszüge, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen. Als Beispiel sei der Einfluss des Typs A bei der Entstehung der koronaren Herzkrankheit genannt. Die Berücksichtigung dieser Faktoren macht eine so verstandene Psychosomatik zu einem integralen Bestandteil der somatischen Medizin. In der amerikanischen Psychiatrie wird unter einer psychosomatischen Zugangsweise im Wesentlichen ein psychiatrischer Konsiliar- und Liaison-Dienst verstanden, der sich mit psychologischen Faktoren, die somatische Krankheiten beeinflussen, beschäftigt. Dabei spielen die folgenden Faktoren eine Rolle:

- Physiologische Reaktionen auf psychologische und verhaltensbedingte Faktoren;
- Biologische Regulationsmechanismen, die mit verhaltensbedingten und psychologischen Faktoren gekoppelt sind;
- Auswirkungen der Komorbidität von psychiatrischen und somatischen Krankheiten;
- Risikofaktoren für Krankheit und Verletzung.

Die Zugangsweise ist deskriptiv und orientiert sich vornehmlich an den diagnostischen Kriterien des DSM IV: Vorliegen einer somatischen Erkrankung und Nachweis psychologischer Faktoren, die diese Erkrankung ungünstig beeinflussen, z.B. seelische Erkrankungen nach Achse I, psychologische Symptome wie depressive oder Angstzustände, Persönlichkeitszüge, Risikoverhalten, der Einfluss von Stress oder allgemeine kulturell, religiös oder interpersonell verursachte Faktoren. Anhand epidemiologischer Studien wird der Ein-

fluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung und Krankheitsentwicklung und Krankheitsverarbeitung von Krebs (z.B. Brustkrebs, Melanom), Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Basedow, Cushing), Hautkrankheiten (z.B. Psoriasis, Neurodermitis, Urticaria), Kreislauferkrankungen (z.B. KHK, Hypertonie), rheumatischen Erkrankungen (z.B. PCP, Fibromyalgie-Syndrom), Lungenerkrankungen (z.B. Asthma), gastroenterologischen Krankheiten (z.B. Ulcus, Reizdarmsyndrom) und bei terminalen Nierenerkrankungen untersucht. In diesem Krankheitsspektrum finden sich die von Alexander beschriebenen psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne wieder, allerdings ohne die von Alexander vorgenommene Zuordnung zu spezifischen Konflikten sondern im Sinne einer multifaktoriellen Betrachtungsweise. Der therapeutische Zugang ist pragmatisch und eklektisch: Neben fakultativ einzusetzende psychopharmakologische Behandlung treten stützende Maßnahmen wie Aufklärung, Beruhigung und Suggestion. Eine so verstandene Psychosomatik versteht sich als *zusätzlicher*, im Wesentlichen deskriptiv orientierter psychiatrischer Zugang zur somatischen Medizin.

Im Gegensatz dazu hat sich in Deutschland die Psychosomatik zu einem eigenständigen Gebiet entwickelt, das auf eine Reihe von Grundlagenwissenschaften zurückgreift. Das bedeutet, dass sie sich nicht nur auf die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Praxis stützt, sondern auf eine eigene Ätiologie.

Diese umfasst

- psychodynamische Theorien,
- lernpsychologische Theorien,
- systemische und familiendynamische Theorien,
- ethnologische und psychoanalytische Bindungstheorien,
- neurobiologische Konzepte der Psychoendokrinologie, Psychoimmunologie und Psychophysiologie,
- Konzepte der Krankheitsverarbeitung im Sinne des Coping-Modells, besonders bei somatopsychischen Erkrankungen (zitiert nach JANSSEN 1999).

Auf der Grundlage dieser ätiologischen Modelle wurden spezifische diagnostische und therapeutische Instrumente entwickelt, die eine integrative Behandlung der zu Grunde liegenden gestörten seelischen und körperlichen Strukturen anstreben und somit über eine reine Symptombehandlung hinausgehen. Zur Anwendung kommen

sowohl somatische Ansätze als auch ein breites Spektrum psychotherapeutischer Behandlungsangebote (z.B. verbale, körperorientierte, gestalttherapeutische, musiktherapeutische Verfahren) in unterschiedlichen Settings (Einzel, Familie, Gruppe). Eine so verstandene Psychosomatik stellt auf Grund der Breite und Differenziertheit der zu erlernenden therapeutischen und diagnostischen Fähigkeiten ein eigenes Fachgebiet dar, das auch zur Weiterentwicklung der Forschung in der Psychosomatik unerlässlich ist. Hier ist unter bestimmten historischen und sozioökonomischen Bedingungen ein eigener hoch spezialisierter Versorgungsbereich entstanden, dessen therapeutische und diagnostische Angebote deutlich über ein reines Konsiliar-Liaison-Angebot hinausgehen. Nach der Definition von STROTZKA (1982) wird unter *Psychotherapie* eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patientinnen und einem oder mehreren Psychotherapeutinnen (auf Grund einer standardisierten Ausbildung) zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (vorwiegend verbal aber auch a verbal) verstanden. Wird mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormalen Verhaltens (STROTZKA 1982, S. 1) gearbeitet, dann ist Psychotherapie eine *Behandlungsmethode* unter anderen, die sowohl in der Psychotherapeutischen Medizin (als psychosomatikspezifischem Gebiet) als auch in der Psychiatrie patientinnen- und zielorientiert zur Anwendung kommt und für beide Gebiete unerlässlich ist. Insofern ist sie sowohl ein wichtiger integraler Bestandteil moderner Psychiatrie als auch die wesentliche Behandlungsmethode in der Psychotherapeutischen Medizin.

Zusammenfassung

Psychosomatik ist eine allgemein gültige Zugangsweise zu einem umfassenden Krankheitsverständnis. Darüber hinaus ist sie ein spezifisches Gebiet mit eigenen diagnostischen, therapeutischen und Forschungsansätzen. Psychotherapie ist eine Behandlungsmethode unter anderen, die in der medizinischen Versorgung als Bestandteil eines die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Patientinnen berücksichtigenden Gesamtbehandlungsplans eingesetzt wird.

Literatur

- JANSSEN, HERZOG, HEUFT, PAAR, SCHNEIDER. Psychotherapeutische Medizin. Stuttgart New York: Schattauer: 1999
- STROTZKA H. Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Wien New York: Springer. 1982

Die Zukunft liegt in der Zusammenarbeit von Psychosomatik und Psychiatrie

Christa Roth-Sackenheim

Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung schwer psychisch Kranker hat sich durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes bisher nicht verbessert. Es gibt alarmierende Anzeichen, dass die ambulante Versorgung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen zurückgeht. Das hat zum einen den Grund, dass durch die BSG-Rechtssprechung rein psychotherapeutisch Tätige finanziell besser gestellt werden als psychotherapeutisch tätige Psychiaterinnen und Psychiater, die die Kriterien, um in den »Genuss« der finanziellen Absicherung zu kommen, nicht erfüllen können, da sie auch psychiatrisch arbeiten. (Sie erreichen weniger als 90 % Abrechnung aus dem Psychotherapie-Kapitel GIV EBM). Gleichzeitig sind durch die gesetzliche Trennung von Haus- und Fachärztinnenöpfen in der ambulanten Versorgung generell fachärztliche Leistungen geringer honoriert. So kommt es zu der absurden Situation, dass die Psychiaterinnen und Psychiater, die schwerer psychisch Kranke psychotherapeutisch versorgen, schlechter bezahlt werden als rein psychotherapeutische Praxen, die nur über Anrufbeantworter erreichbar sind, keine Notfallsprechstunden anbieten usw. Mit der flächendeckenden Etablierung von Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin wächst die Gefahr einer psychiatrischen 2-Klassen-Medizin. Psychiatrische Landeskrankenhäuser oder Abteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern werden durch die immer noch bestehende Stigmatisierung von psychiatrisch Kranken und Psychiaterinnen und Psychiater als weniger »attraktiv« empfunden als Psychosomatische Fachabteilungen oder Kliniken. Dies ist auch ein Problem bei der psychiatrischen Rehabilitation, die in einer Rehabilitationsabteilung für Psychotherapeutische Medizin nicht adäquat geleistet werden kann, sofern nicht feste psychiatrische Konzepte ebenfalls installiert sind. Die Zukunft kann nur in einer Zusammenarbeit der Psychosomatik und der Psychiatrie liegen, nicht in einem Gegeneinander, denn die Psychiatrie beschäftigt sich mit der Psychosomatik des Gehirns und der bio-psycho-sozialen Einheit Mensch.

Gerontopsychiatrie und Altenhilfe

Einleitung

Andreas Crome

In dieser Veranstaltung wurde vor allen Dingen darauf hingewiesen, dass in der Psychiatrie-Reformbewegung bzw. in der aktuellen psychiatrischen Versorgungsdiskussion die zu erwartenden sehr großen quantitativen Probleme, in Anbetracht der Umkehrung der Alterspyramide zu einem Alterspilz in der Gesellschaft, bei weitem nicht genügend gesehen werden. Es gibt zwar zahlreiche innovative integrative gerontopsychiatrische Versorgungsmodelle, sie müssten jedoch auf dem Hintergrund der geschilderten Problematik inhaltlich und ökonomisch neu bewertet werden und zu einem sinnvollen, inhaltlich und sozialrechtlich verbindlichen Gesamtkonzept bzw. zu einem Verbund zusammengeführt werden, der in jeder Versorgungsregion ausreichende Angebote für alle Betroffenen und für alle Problemlagen ermöglicht. Ob dies auf Dauer durch vollfinanzierte professionelle Hilfe zu leisten ist, ist eine Frage an die Zukunft. In der Versorgungsepidemiologie müssen u.a. die steigende Zahl der Hochbetagten und ihre psychiatrischen Morbiditätsrisiken berücksichtigt werden, ebenso wie das so genannte schrumpfende Töchter-Pflegepotenzial und die sich möglicherweise erhöhende Suizidraten alter Menschen, die Tendenz zur wirtschaftlichen Verelendung und zur »Vergewaltigung« und Ausbeutung durch Betreuung. Aus der Sicht der Gerontopsychiatrie ist es auch problematisch, dass die Pflegeversicherung zwar die Kosten dafür trägt, einem Menschen auf die Toilette zu helfen, aber nicht dafür, den Weg zur Toilette zu finden. Insgesamt führt die demografische Entwicklung zwangsläufig zu einer immer größer werdenden Schwere zwischen der Zahl der betreuungsbedürftigen psychisch kranken alten Menschen einerseits und der Zahl der potenziellen Betreuungspersonen andererseits. Nicht nur angesichts der altersabhängigen Multimorbidität werden zukünftig die Anforderungen an die Kooperation zwischen den medizinischen Disziplinen und Professionen ebenso wie die zwischen

Medizin und Altenhilfe wachsen. Dies bringt besondere Herausforderungen mit sich in Bezug auf die Kooperationsbereitschaft der Institutionen und ihrer Träger im Bereich der Verbundmodelle.

Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten

Klaus Nißle

Historie

Ende der 60er Jahre wurden in weiten Teilen Deutschlands Klagen über die Situation in den Heil- und Pflegeanstalten der Bezirke und Länder laut, die zum einen durch eine zunehmende Überlastung und zum anderen durch eine fehlende Modernisierung der Bezirks-/Landeskrankenhäuser gekennzeichnet war. Besonders fehlte ein Ausbau des ambulanten und komplementären Sektors. Durch den Druck der Öffentlichkeit kam es schließlich zur Installation einer Sachverständigenkommission mit dem Ziel, eine Enquete über die Psychiatrie erstellen zu lassen. Der hohe Altersanteil und die unzureichende Versorgung chronisch psychisch kranker älterer Menschen in der ambulanten Behandlung unter Einschluss des Pflegeheimsektors wurde als eine gravierende Ursache der Missstände angesehen und führte in der Enquete dazu, dem gerontopsychiatrischen Versorgungsaspekt ein eigenes Kapitel zu widmen. Darin wurde in der Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975 der »Umriss eines regionalen Verbundsystems zur gerontopsychiatrischen Versorgung« mit folgenden Prinzipien beschrieben:

1. Gemäß den Empfehlungen der WHO soll die ambulante Versorgung psychisch kranker alter Menschen durch die Errichtung gerontopsychiatrischer Ambulanzen verbessert werden.
2. Es wird vor allem auf Grund der Erfahrungen in England und in der Schweiz die Errichtung gerontopsychiatrischer Tageskliniken empfohlen.
3. An den psychiatrischen Behandlungszentren sollen nach Möglichkeit eigenständige gerontopsychiatrische Funktionseinheiten unter eigenverantwortlicher ärztlicher Leitung gegründet werden. (Diese Gründung wird allerdings an die Erfüllung von sechs Voraussetzungen gebunden.)
4. Die Einrichtung gerontopsychiatrischer Abteilungen an Universitätskliniken wird aus Gründen der Ausbildung und Weiterbildung sowie der Forschungsförderung dringend empfohlen.

5. Poliklinik, Tagesklinik und eine »kleine stationäre Assessment-Unit« werden als notwendige Bausteine eines gerontopsychiatrischen Verbundes angesehen und sollen im Sinne eines Gerontopsychiatrischen Zentrums zusammengefasst und an eine stationäre gerontopsychiatrische Einrichtung angebunden werden.
6. Die Größe der für die Allgemeinpsychiatrie vorgesehenen Standardversorgungsgebiete mit durchschnittlich 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern wird auch für die Belange der Gerontopsychiatrie als zweckmäßig angesehen.
7. Für ein solches Standardversorgungsgebiet wurden Richtwerte für den Bedarf von Behandlungsplätzen vorgeschlagen.

Besonderes Augenmerk wurde in der Psychiatrie-Enquete auch der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen in Altenpflege- und Altenheimen gewidmet. Hierzu hieß es, Behandlung und Pflege müssten ärztlich indiziert und überwacht sein. Regelmäßige ärztliche Visiten seien unerlässlich, eine Ärztin bzw. ein Arzt müsse jederzeit abrufbereit sein. Die konsiliarische Beteiligung von Fachärztinnen und -ärzten müsse gewährleistet sein, für Behandlung, Pflege und Rehabilitation müsse ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen. Außer einer ausreichenden apparativen und räumlichen Ausstattung für Diagnostik und Therapie seien Rehabilitationseinrichtungen erforderlich, insbesondere auch Bewegungstherapie und Ergotherapie. Im Zentrum der Überlegungen der »Arbeitsgruppe Alterspsychiatrie« der Enquete stand also damals noch die so genannte Assessment-Unit nach englischem Beispiel. Diese kleine stationäre Einrichtung wurde unter einer dreifältigen Funktion gesehen. Auf der Basis multiprofessioneller Diagnostik und Intensivtherapie bei akuten Krankheitsfällen sollten hier die Entscheidungen darüber getroffen werden, welche Dienste und Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet den Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen und Patienten am ehesten gerecht werden. Von hier aus sollte die Koordination notwendiger Hilfen initiiert werden. »Zu diesem Zwecke müssen Arbeitsgemeinschaften in den Standardversorgungsgebieten aus Vertretern der beteiligten Einrichtungen und der Träger gebildet werden, die bindende Vereinbarungen auf freiwilliger Basis miteinander treffen. (DTSCH. BUNDESTAG 1975, S. 256) Es wurde hier also erstmals konkret daran gedacht, die Ein-

richtungen der Altenpflege als einen wesentlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems in die Verantwortung mit einzubinden.

Zur Durchführung der Empfehlungen der Expertengruppe wurden im Juni 1980 durch die Prognos AG fünf ländliche und drei städtische Modellregionen ausgewählt und im Verlauf untersucht. Auf der Basis der Ergebnisse des Modellprogramms erarbeitete eine hierzu berufene Expertenkommission die Empfehlungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der BRD, die im November 1988 an das zuständige Ministerium übergeben wurden. Es blieb festzuhalten, dass die Versorgungssituation für psychisch kranke ältere Menschen generell, vor allem aber im Langzeit- und Heimbereich nahezu nicht beeinflusst worden und die Situation durch zahlreiche Mängel gekennzeichnet war, die in vielen Fällen als persönlich entwürdigend bezeichnet wurden. In den Richtlinien für eine künftige gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur hob sie drei allgemeine Gesichtspunkte hervor:

1. Insbesondere im extramuralen Bereich müsse »... gezielt ein spezifisch gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot angestrebt werden, das allerdings mit der allgemeinpsychiatrischen Versorgungsstruktur eng verbunden bleiben sollte«. (BMJFFG 1988, S. 455)
2. Gegenüber der Psychiatrie-Enquete wurden Assessment-Units nicht mehr als aktuell angesehen und verworfen, insbesondere in Hinblick auf die vielerorts eigenständig entstandenen gerontopsychiatrischen Abteilungen.
3. Deshalb erfolgte eine Modifizierung des schon von der Psychiatrie-Enquete vorgeschlagenen Gerontopsychiatrischen Zentrums, das allerdings auch von der Expertenkommission als »Kernpunkt und Motor der regionalen Versorgung für psychisch kranke ältere Menschen« gesehen wurde. Es sollte grundsätzlich im extramuralen Bereich verankert werden und stellt das Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission zur gerontopsychiatrischen Versorgung dar. Dazu hieß es: »Als treibende Kraft der gerontopsychiatrischen Versorgung ist in jeder Planungseinheit (kreisfreie Städte und Landkreise) ein Gerontopsychiatrisches Zentrum vorzusehen, das in seinem Kernbestand eine teilstationäre Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtung (Tagesklinik) und einen ambulanten Dienst

umfassen und Altenberatung mit einbeziehen soll« (BMJFFG 1988, S. 455). Dieser Empfehlung lag das Konzept zu Grunde, weder ein eigenständiges Versorgungssystem der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend zu fordern, noch andererseits die Versorgung psychisch kranker alter Menschen gänzlich der Allgemeinpsychiatrie zu überantworten (was bedeutet hätte, sie in der Allgemeinpsychiatrie untergehen zu lassen).

Die Altenberatung sollte älteren Menschen bzw. deren Angehörigen oder Betreuungspersonen barrierefrei Informationen über die regionalen Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Hilfen bei bestehenden psychischen und sozialen Problemsituationen vermitteln. Wichtig erschien in diesem Zusammenhang, diese Funktion zum Aufbau einer engen Verbindung mit den Trägern und Anbietern der Altenhilfe zu nutzen, indem die Altenberatung gemeinsam organisiert werde. Eine solche engere strukturell und organisatorisch vorgeprägte Kooperation zwischen Einrichtungen der Altenhilfe und der Psychiatrie wurde für zwingend erforderlich gehalten. Weiter wurde auch erstmals an den Ausbau eines über das Gerontopsychiatrische Zentrum hinausgehenden Verbundes gedacht. Zur Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Versorgung Gerontopsychiatrischer Zentren schlug die Expertenkommission Folgendes vor:

1. Die ärztlich-konsiliarische patientinnenbezogene Beratung sollte primär von Ärztinnen und Ärzten außerhalb der stationären Psychiatrie, also im aufsuchenden Rahmen, erfolgen.
2. Der psychiatrische Konsiliardienst für Heime, insbesondere für Pflegeheime sollte fest installiert werden im Sinne einer Beratung und Fortbildung für das dort tätige Pflegepersonal sowie zur Patientinnenversorgung in den Institutionen.
3. Ambulantes Assessment auf der Basis von Hausbesuchen und in enger Kooperation, vor allem mit den Sozialstationen, sollte durch die Gerontopsychiatrischen Zentren, also durch multiprofessionelle Teams durchgeführt werden. Es wurde spezieller Wert auf die Interdisziplinarität eines Behandlungsteams gelegt, also auf Behandlungsgruppen bestehend aus Fachkrankenhauspersonal, Ärztinnen und Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialgerontologinnen und Ergotherapeuten.
4. Die Beratung von Angehörigen und Beziehungspersonen wurde als besonders wichtiger Punkt genannt.

5. Lücken in der ambulanten Versorgung sollten geschlossen werden durch differenzierte, auf spezifische Krankengruppen zugeschnittene Gruppentherapieangebote.

Aktuelle Versorgungsrealitäten

Durch eine Untersuchung an 314 öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen der BRD im Jahre 1994 ergaben sich folgende ernüchternde Ergebnisse (DIEKMANN, NIßLE 1996):

1. Innerhalb der BRD besteht eine äußerst heterogene Versorgungsstruktur, ein unterschiedlicher Qualitätsstandard die ärztliche und pflegerische Versorgung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten betreffend. Diese schwankt sowohl von Bundesland zu Bundesland wie auch innerhalb der einzelnen Bundesländer. Allerdings wurde deutlich, dass gerade in den neuen Bundesländern die Strukturqualität bezüglich der von der Expertenkommission vorgeschlagenen Initiativen noch deutlich unter der der alten Bundesländer liegt. Nur 5,7 % aller Kliniken verfügten zum Befragungszeitraum über ein Gerontopsychiatrisches Zentrum im Sinne der Empfehlung der Expertenkommission.
2. Die Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Versorgung liegt nach wie vor im Argen. So werden nur ca. 6 % aller Tagespflegen von psychiatrischen Diensten aufgesucht und das dort tätige Pflegepersonal beraten, Sozialstationen ebenfalls nur in 6 %, auch Alten- und Pflegeheime – bei gravierenden Unterschieden in verschiedenen Bundesländern – in weitaus weniger als der Hälfte aller Institutionen.
3. Nur in knapp 12 % aller Fälle hält ein psychiatrisches Krankenhaus eine eigene gerontopsychiatrische Ambulanz vor.
4. In manchen Bundesländern ist die ambulante Tätigkeit unter der Lobby der niedergelassenen Fachkolleginnen und -kollegen entweder untersagt oder nur durch Ermächtigung des jeweiligen Chefarztes bzw. der Chefarztin der Kliniken möglich. Dies widerspricht diametral dem Gedanken der Multiprofessionalität.
5. Altenberatung findet in den neuen Bundesländern nur in 21 % der Fälle statt. Nur 42 % aller psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD bieten Angehörigengruppen für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere Demente, an.

6. Die meisten Institutsambulanzen arbeiten nicht aufsuchend, sondern in der herkömmlichen Komm-Struktur (56,3 %) und unterscheiden sich daher nur durch den Aspekt der Multiprofessionalität von Nervenärztinnenpraxen.

Auf Grund dieser ernüchternden Ergebnisse wurden im Rahmen des BMG-Modellprogramms modellhafte Einrichtungen wie in Kaufbeuren untersucht.

Evaluation des Gerontopsychiatrischen Zentrums am BKH Kaufbeuren

Das BKH Kaufbeuren liegt im Allgäu in einem traditionell weitläufig ländlichen Raum, das Einzugsbiet hat sich durch eine Regionalisierung der Psychiatrie in den letzten Jahren auf 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner reduziert. Seit 1983 existierte eine eigene gerontopsychiatrische Abteilung, zunächst bestehend aus fünf Stationen mit jeweils ca. 30 Betten, eine davon für älter gewordene Patientinnen und Patienten mit chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen, weitere vier für gerontopsychiatrische Akutpatientinnen und -patienten. Die Aufnahmestationen waren überfüllte Dementengettos, die häufigste Aufnahmediagnose war die einer bereits weit fortgeschrittenen Demenz mit situativer Desorientiertheit und Weglaufgefährdung. Viele Patientinnen und Patienten wiesen eine hohe Co-Morbidität auf und litten an mindestens drei somatischen Begleiterkrankungen, was die Pflegebedürftigkeit verstärkte. Die Aufnahmestationen hatten den Charakter eines Siechenlagers. Entsprechend den Empfehlungen der Expertenkommission wurde Ende der 80er-Jahre begonnen, eine extramurale engere Kooperation mit komplementären ambulanten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe herzustellen, so dass zunehmend Heime mit betreut wurden. Zudem wurden Konsile in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. In den Jahren 1991 bis 1993 intensivierte sich die Außenorientierung der gerontopsychiatrischen Abteilung. Es wurde eine Angehörigengruppe initiiert, die von einer Fachschwester für Psychiatrie und einem Sozialpädagogen geleitet wurde. Kontakte zur regionalen Alzheimergruppe VITA wurden geknüpft und in 14-tägigem Abstand erfolgten Informationsveranstaltungen für pflegende Angehörige und professionelle Pflegepersonen. Auf

politischer Ebene wurde die Öffentlichkeit sensibilisiert, was zur Gründung eines Seniorenbeirates bei der Stadt Kaufbeuren führte. Der Beirat wurde vom Stadtrat eingesetzt und tagt monatlich. Über dieses Gremium der Stadt erfolgte eine Aktivierung in der Altenpolitik (Erstellung eines Altenhilfeplans, Planung altengerechter betreuter Wohnungen etc.). Von großer Bedeutung war auch die Intensivierung der extramuralen Tätigkeit durch regelmäßige Supervision der Alten- und Pflegeheime der Umgebung im Rahmen von Heimverträgen. Diese Heimverträge dienen in erster Linie der Beratung und Schulung des dort tätigen Pflegepersonals in gerontopsychiatrischen Fragestellungen (Pflegeplanung etc.) durch Besprechung von konkreten Patientinnen- und Patientenfallbeispielen. Sie implizieren nicht die Therapie der bei den Besprechungen exemplarisch vorgestellten Bewohnerinnen und Bewohner. Diese erfolgt vielmehr auf Wunsch der Hausärztin oder der Bewohnerin bzw. Angehörigen auf Überweisungsschein. Durch diese beratende Tätigkeit kam es zu einer kontinuierlichen Annäherung und Öffnung der Alten- und Pflegeheime gegenüber der Gerontopsychiatrie. Die zunächst augenscheinliche Unsicherheit im Umgang gerade mit psychisch kranken alten Menschen war rückläufig, Probleme konnten direkt vor Ort besprochen und psychodynamische Zusammenhänge aus dem biographischen und sozialen Kontext vergegenwärtigt werden. Für die Heimbewohnerinnen und -bewohner hatte dies den Vorteil, dass zur Durchführung der Therapie kein Ortswechsel in eine fremde Umgebung erfolgen musste (Klinik). Die Pflegeteams in den Heimen erhielten per Vereinbarungen mit den jeweiligen Trägern die Möglichkeit, Pflegepraktikas in der gerontopsychiatrischen Abteilung abzuleisten, was die Kommunikation sowie das Verständnis gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder weiter förderte. Auf Anfrage wurden auch die Sozialstation und die Nachbarschaftshilfe sowie die 1991 eingerichtete Tagespflege der Freien Wohlfahrt bei Bedarf beraten. Trotz der vielfältigen Bemühungen waren die Zugangszahlen auch in den folgenden Monaten weiter angestiegen. Daher wurde im Jahre 1993 die gerontopsychiatrische Ambulanz eingerichtet. Diese spezialisierte Ambulanz verstand sich vorwiegend als aus den Stationen heraus aufsuchend arbeitend, im Sinne eines gemeindenahen, multiprofessionellen Behandlungsteams. Über eine Assessment-Unit (Vorschaltambulanz) wurden durch den ärztlichen Bereichsleiter Aufnahmeindikationen nochmals

überprüft. So konnten ca. 15 % aller Einweisungen in eine ambulante Behandlung unter Übernahme der Behandlungsverantwortung, am besten nach Ermittlung der Behandlungssituation vor Ort, zugeführt werden. Durch die aufsuchende, multiprofessionelle Tätigkeit konnten die Akut-Betten von 120 auf 38 Betten reduziert werden bei einem Rückgang der Pflagetage von 84.587 auf 12.226 im Laufe von 1993-1998. Durch die Sektorisierung der beiden verbliebenen Stationen in jeweils drei regionale Bereiche mit ca. 25 qkm für ein jeweiliges Versorgungsteam, bestehend aus Ärztin, Pflegekräften, Sozialpädagoginnen und Ergotherapeutinnen, wurde eine Gesamtverantwortung der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten für einen jeweils regionalen Bereich festgelegt.

Wie wirkt sich die ambulante Verzahnung auf die klinisch-stationäre Situation der Gerontopsychiatrie aus?

Im Folgenden werden Ergebnisse aus dem im Rahmen des Bundesmodellprojekts des Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten Evaluation im stationären Bereich dargestellt. Die Aufnahmezahlen von 1993 bis 1998 zeigten sich trotz steigender Patientinnenzahlen im Rahmen der demographischen Entwicklung relativ stabil und konnten von 455 auf 400 Patientinnen und Patienten mit einem deutlichen Rückgang der Aufnahmen im Jahre 1996, entsprechend dem Beginn des Bundesmodellprojektes zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, gesenkt werden. Die einschneidende Zunahme ambulanter Behandlungsangebote führte dazu, dass im Vergleich zum Jahre 1993 die Aufnahmezahlen um 100 Patientinnen und Patienten zurück gingen, in den Jahren 1997 und 1998 dann aber auf das vorherige Niveau wieder anstiegen, möglicherweise als Ausdruck einer wachsenden Inanspruchnahme der Behandlungsangebote (s. Tabelle 1). Die Verweildauer der aufgenommenen Patientinnen und Patienten wurde sowohl nach den Aufnahme- als auch nach den Entlassungsdaten untersucht. In beiden Fällen war die mittlere Verweildauer kontinuierlich rückläufig, was insbesondere bezogen auf die Entlassungsdaten deutlich wird. Die Pflagetage gingen stetig zurück, vorwiegend 1994 im Vergleich zu 1993 als Ausdruck dessen, dass damals Patientinnen und Patienten, welche seit längerer Zeit stationär behandelt worden waren (so

Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten

Tabelle 1: Aufnahmen und Verweildauer

	Zahl Aufnahmen	Verweildauer nach Aufnahmen			Verweildauer nach Entlassungen		
		Mittelwert	Median	Pflagetage	Mittelwert	Median	Pflagetage
1993	455	62	35	28.368	181	36	84.587
1994	438	52	30	22.999	68	31	30.321
1995	440	38	30	16.221	40	30	17.438
1996	341	40	29	13.670	37	28	12.288
1997	425	37	21	15.903	30	21	12.768
1998	400	40	23	16.070	31	22	12.226

genannte Langzeitpatientinnen und -patienten), nun enthospitalisiert wurden gemäß dem zunehmenden Selbstverständnis unserer Abteilung als Akut-Abteilung mit ambulantem Schwerpunkt. Der Rückgang der Pflagetage von 84.587 auf 12.226 ist insbesondere für Krankenkassen im Rahmen der gesundheitspolitischen Kostenmehrerung eine besonders prägnante Zahl. Die Diagnosenverteilung zeigt ein Überwiegen dementieller Syndrome (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Diagnoseverteilung

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Demenz	46 %	41 %	46 %	42 %	35,5 %	39,5 %
Alkoholpsychosen	1 %	0,7 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	–
Akute vorübergehende organische Psychosen	1,5 %	2 %	2,2 %	–	0,2 %	0,5 %
Schizophrene Psychosen	18,5 %	20,5 %	16,5 %	13 %	20 %	19 %
Affektive Psychosen	17 %	21,5 %	19,5 %	23,5 %	28,7 %	31 %
Alkoholabhängigkeit	1 %	1 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %	1 %
Neurosen	1,6 %	0,7 %	1 %	2 %	0,2 %	–
Psychogene Reaktionen	6 %	9,5 %	9 %	9,5 %	8 %	6,5 %
Andere	2,8 %	2,1 %	4,4 %	5,7 %	6,6 %	2,5 %
Keine Angaben	4,6 %	1 %	–	3 %	–	–

Im Vergleich zum Jahre 1993 (46 %) ist der Anteil gerade der Demenzen am stationär behandelten Gesamtklientel um annähernd 10 % gesunken. Dafür hat sich im ambulanten Bereich die Diagnosenverteilung dahingehend entwickelt, dass 58 % aller Patientin-

nen und Patienten im ambulanten Bereich unter dementiellen bzw. leichtergradigen kognitiven Störungen leiden (ICD 10). Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen ist von 1993 (17 %) bis 1998 (31 %) um beinahe das Doppelte angestiegen als Ausdruck dessen, dass die Akzeptanz einer stationären gerontopsychiatrischen Behandlung nach Reduktion des Anteils höhergradig Dementer anwächst. Im ambulanten Bereich waren depressive Patientinnen und Patienten mit einem Gesamtanteil von 20 % die zweithäufigste Diagnosegruppe, gefolgt von wahnhaften Störungen.

In Bezug auf die Zuweisungswege (s. Tabelle 3) zeigte sich, dass der Anteil aus Überweisungen aus anderen Kliniken ohne große Schwankung relativ stabil blieb. Bei den ambulanten Zuweisungs- wegen hat sich ebenfalls eine relative Konstanz gezeigt. Allerdings sind in diesem Bereich einige wichtige Veränderungen bemerkenswert. So ging der Anteil der stationären Einweisungen durch Hausärztinnen und -ärzte von 37,4 % im Jahre 1993, möglicherweise durch die Aktivität der Vorschaltambulanz, auf 25 % im Jahre 1998 zurück. Die Abnahme wurde besonders 1996 deutlich, als das ambulante Modell-

Tabelle 3: Zuweisung

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Hausarzt/-ärztin	37,4 %	34 %	28,2 %	23,6 %	29,2 %	25 %
Psychiater/Psychiaterin NA	12,5 %	12,6 %	14 %	9,7 %	6,1 %	11 %
Andere nied. Ärzte/Ärztinnen	2 %	1,2 %	2,5 %	3,4 %	1 %	1,5 %
Eigene Ambulanz	10 %	12,6 %	12,7 %	22,5 %	24,7 %	26,5 %
Andere Ambulanzen	0,6 %	0,5 %	1,4 %	–	0,2 %	–
Notdienst	2 %	1 %	2,5 %	3,1 %	2,8 %	1 %
Gesundheitsamt	2,6 %	1,1 %	0,5 %	0,8 %	1,2 %	–
Ohne ärztliche Einweisung	1,7 %	2,7 %	2 %	2 %	3,5 %	3 %
Gesamt ambulanter Bereich	68,8 %	65,7 %	63 %	65,1 %	68,7 %	68 %
Eigene psychiatrische Abteilung	1,3 %	0,2 %	1,1 %	0,6 %	–	–
Eigene neurologische Abteilung	0,8 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %	0,7 %	2 %
BKH Kempten	0,6 %	0,2 %	0,7 %	0,6 %	–	–
BKH Augsburg	8,5 %	8,0 %	11,8 %	1,7 %	1,2 %	1,5 %
Andere psych. Klinik	0,5 %	0,2 %	0,2 %	–	1,2 %	0,5 %
Nichtpsychiatrisches KH	19,8 %	21,5 %	22,3 %	25 %	17,9 %	22,5 %
Gesamt stationärer Bereich	31,5 %	31,2 %	37 %	29,3 %	20,5 %	26,5 %

projekt anlieft. Spiegelbildlich dazu nahmen die Einweisungen durch die eigene Ambulanz von 10 % 1993 auf 26,5 % 1998 zu.

Diese Entwicklung sowie die, wenn auch geringe, doch vorhandene Abnahme der Zuweisungen durch Psychiaterinnen und Psychiater und Nervenärztinnen und -ärzten bei dementen Patientinnen und Patienten deutet darauf hin, dass die eigene Ambulanz z.T. die Rolle der niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte zumindest für bestimmte Patientinnen und Patientengruppen übernommen hat. Dies weist auf eine besonders bedeutsame Problematik hin. *Die von der Expertenkommission noch propagierte Installation von flächendeckenden Gerontopsychiatrischen Zentren ist nach unseren Ergebnissen zu modifizieren. Viele Patientinnen und Patienten wären stationär eingewiesen worden, ohne dass das Gerontopsychiatrische Zentrum als Vorschaltambulanz überhaupt davon Kenntnis gehabt hätte, wenn nicht ein solches Zentrum am stationären Bereich angeschlossen wäre.* Dies hat sich auch im Vergleich zum Bezirkskrankenhaus Augsburg, wo ein solches Gerontopsychiatrisches Zentrum zunächst noch nicht am stationären Versorgungsbereich angeschlossen war, nachweisen lassen. Eine Rückkehr zur alten »Assessment-Unit« ist also zu diskutieren.

Initiiert wurden die Aufnahmen (s. Tabelle 4) vor allen Dingen durch Angehörige, Patientinnen und Patienten selbst sowie durch ärztliche Initiative (insgesamt über 2/3 aller Aufnahmen). Besonders stark rückläufig ist der Anteil der Aufnahmeanträge aus Pflegeheimen (Rückgang um ca. 50 %) als Ausdruck der gelungenen Verzahnung.

Tabelle 4: Anregung zur Aufnahme

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Eigener Konsiliararzt/-ärztin	8,1 %	4,9 %	9,8 %	2,5 %	7,5 %	6,7 %
Gesundheitsamt	1,8 %	1 %	0,8 %	0,5 %	0,6 %	–
Polizei/Ordnungsamt	2,8 %	3,1 %	2,7 %	1,9 %	1,9 %	1,8 %
Gericht	0,6 %	–	0,2 %	–	–	–
Betreuer (nicht Angehörige)	1,4 %	2,5 %	3,4 %	3,6 %	3,9 %	4 %
Angehörige	30,5 %	34,8 %	30,5 %	35,7 %	31,2 %	28 %
Patient/Patientin selbst	3,5 %	4,5 %	12 %	11,3 %	11,6 %	16,5 %
Ausschließlich ärztl. Initiative	15,2 %	21,4 %	22 %	24,2 %	17,2 %	22,7 %
Heim	19,3 %	15,8 %	12 %	15,4 %	11,2 %	9,8 %
Andere	12,8 %	8,9 %	6,4 %	2,7 %	4,4 %	5,1 %
Keine Angaben	4 %	3,1 %	0,2 %	2,2 %	10,5 %	5,4 %

nung der Pflegeeinrichtungen mit dem multiprofessionellen ambulanten gerontopsychiatrischen Behandlungsteam.

Zur Wohnsituation ist Folgendes bemerkenswert: Im Jahre 1993 (s. Tabelle 5) betrug der Anteil der stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, die aus Heimen zur Aufnahme gebracht wurden, noch 28,5 %, im Jahre 1998 lediglich noch 17,7 %. Diese Abnahme ist unseres Erachtens darauf zurückzuführen, dass einerseits die in Heimen wohnenden Patientinnen und Patienten verstärkt durch unser Behandlungsteam vor Ort behandelt wurden, sodass es weniger häufig zu einer Aufnahme kommen musste, andererseits, dass die Vermittlung komplementärer Hilfestellungen überhaupt dazu führt, dass weniger Patientinnen und Patienten in Pflegeheime verlegt werden müssen.

Tabelle 5: Wohnsituation

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Lebt alleine	35,6 %	33,8 %	34,7 %	36,0 %	30,2 %	31 %
Lebt in Heim	28,5 %	28,5 %	27,5 %	22,5 %	21,2 %	17,7 %
Lebt mit Elternteil	0,2 %	0,5 %	0,5 %	–	0,7 %	0,5 %
Lebt mit Partner/-in	22 %	26 %	26,8 %	26 %	20 %	29 %
Lebt mit Kinder(n)	13 %	12 %	9,3 %	11,4 %	13,3 %	12,5 %
Lebt mit Geschwister(n)	1,7 %	2,3 %	1,8 %	1,7 %	1,6 %	2 %
Lebt mit anderen Verwandten	0,2 %	1,3 %	0,2 %	0,6 %	1 %	2 %
Fehlende Angaben	2,6 %	3,4 %	0,2 %	1,7 %	1,6 %	5,3 %

Ergebnisse aus der ambulanten Behandlung während der Projektphase 1996–1998

Im ambulanten Bereich zeigt sich, dass eine gute Zusammenarbeit im primären Niveau mit den Hausärztinnen und -ärzte erzielt wurde. So wurden 1/3 aller Ambulanzkontakte durch direkte Initiative der Hausärztinnen und -ärzte hergestellt, gefolgt von den Altenheimen (28 %). Die eigene gerontopsychiatrische Station vermittelte lediglich in 13 % aller Fälle den ambulanten Primärkontakt, wobei es sich hier hauptsächlich um Übergangspflege nach stattgehabter stationärer Behandlung handelte. Insgesamt lässt sich daraus herleiten, dass die stationären Dienste auf die Primärversorgung ver-

weisen und dass diese wiederum die spezialisierten Dienste der Ambulanzen in Anspruch nehmen, wenn ein Projekt längere Zeit läuft. Ein besonderes qualitatives Kriterium ist auch die Tatsache, dass 3/4 der Patientinnen und Patienten durch Hausbesuche kontaktiert werden, wobei hier die größte Anzahl die Alten- und Pflegeheime darstellen. 57 % unserer ambulant behandelten Patientinnen und Patienten leben nicht in Heimen, lediglich 41 % in Alten- und Pflegeheimen, nur bei 2 % kam es während des Untersuchungszeitraumes zu einem Wechsel aus dem ambulanten in den stationären Bereich. Bezogen auf die Berufsgruppe rangieren die Ärztinnen bzw. Ärzte bei den Erstkontakten mit 69 % an erster Stelle. Es imponiert, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Sozialpädagoginnen und -pädagogen mit jeweils 6 % sowie auch das Krankenpflegepersonal mit 9 % in immerhin 21 % der Fälle den Erstkontakt zur gerontopsychiatrischen Patientin oder zum Patienten aufgenommen haben. Eine erste multiprofessionelle Kontaktaufnahme fand in 11,3 % aller Fälle statt. Betrachtet man den Verlauf innerhalb von zwei Jahren, so lässt sich evaluieren, dass im weiteren therapeutischen Kontakt der Anteil der aufsuchend betreuten Personen weiter zunimmt (89 %). Die Kontakte finden bei einer knappen Hälfte (46 %) alle zwei bis vier Wochen statt, bei etwa 1/4 der Klientinnen und Klienten (26 %) 4- bis 8- wöchentlich. Intensivkontakte (mehrfach in der Woche) waren bei immerhin 7 % der Patientinnen und Patienten notwendig, um eine stationäre Aufnahme zu verhindern. Im Verlauf der ambulanten Betreuung ruht der Schwerpunkt nach zwei Jahren zwar immer noch bei den Ärztinnen und Ärzten (24 % der Gesamtkontakte), nahm aber um 25 % gegenüber den Erstkontakten ab. Im gleichen Zeitraum verdoppelte sich der Anteil der vom Pflegepersonal betreuten Patientinnen und Patienten, sodass herzuleiten ist, dass im Laufe einer gerontopsychiatrischen multiprofessionellen Versorgung das Pflegepersonal zunehmend die Betreuungskontinuität der Patientinnen und Patienten übernimmt. Ärztinnen und Ärzten werden dann häufig beratend zu medizinischen Fragestellungen hinzugezogen, eine multiprofessionelle Betreuung, wie sie das Gesamtkonzept vorsieht, hat sich also innerhalb der ersten zwei Jahre bereits auf 31 % der Gesamtkontakte hin entwickelt und nimmt weiter zu.

Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Verbesserung der Verzahnung von ärztlicher und pflegerischer Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten der BRD vor allem auf zwei basalen Voraussetzungen fußt.

Regionalisierung

Je näher eine gerontopsychiatrische Abteilung vor Ort arbeitet, also aufsuchend und gemeindenah in einem definierten Versorgungsraum als multiprofessionelles Team, umso besser ist die Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten. Dies sollte durch eine bundesweit einheitliche Regelung der Krankenkassen und der Institutsambulanzen (besser gerontopsychiatrischen Ambulanzen) unter Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des § 118 und 120 SGB V auch außerhalb Bayerns erfolgen. Bundesländer wie Baden Württemberg und Hessen streben eine solche Veränderung bereits an. Längerfristig ist eine Auflösung der großen psychiatrischen Landes- und Bezirkskrankenhäuser anzustreben und eine Kommunalisierung der Psychiatrie, wie in anderen medizinischen Fachdisziplinen, als Anbindung an Allgemeinkrankenhäuser im Sinne der Gemeindenähe dringend zu fordern.

Spezialisierung

Lösungen vor Ort erfordern Kompetenz. Da in der Altenpflegeausbildung bundesweit nach wie vor Gerontopsychiatrie nur einen marginalen Anteil der Ausbildung ausmacht, bedarf es hier einer umfassenden bundesweiten Reform der zu vermittelnden Inhalte (ca. 60–80 % aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner leiden unter gerontopsychiatrischen Erkrankungen). Neben der Ausbildung in der Altenpflege bedarf es einer fachlichen Fort- und Weiterbildung für sämtliche im Altenbereich tätigen Berufsgruppen. Im Bereich der Alten- und Krankenpflege sowie der Heilerziehungspflege wurde in Bayern aktuell eine bayernweit gültige Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachpflege für ca. 10 % des Pflegepersonals verabschiedet, die auf einer für alle Pflegekräfte verbindlichen Qualifizierung (320 Std. Fortbildung nach Abschluss des Examens) fußt.

Auch im Bereich der Medizin ist zur Verbesserung der Verzahnung eine bessere Ausbildung der Hausärztinnen und -ärzte notwendig, da nach wie vor immer wieder z.T. eklatante Defizite in der Grundversorgung deutlich werden (nach einer Studie von Weyerer werden ca. 72 % der Psychopharmakagaben in Pflegeheimen durch Hausärztinnen und -ärzte verordnet, nur 46 % hiervon sind indiziert). Es sollte also über die Bundesärztekammern eine für die Hausärztinnen und -ärzte, die das Fundament der medizinischen Versorgung in Deutschland darstellen, z.B. im Rahmen der Klinischen Geriatrie angebotene Weiterbildung erarbeitet werden.

Auch in der Fachärztinnenausbildung bedarf es einer Spezialisierung des Bereichs Gerontopsychiatrie, da aktuell nur ca. 30–40 % aller in der Fachärztinnenausbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen überhaupt in der Gerontopsychiatrie irgendwann während ihrer Ausbildung tätig sind. Ein Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, wie von der DGPPN bereits im Vorstand beschlossen, sollte daher bei einem der nächsten Ärztetage installiert werden, um eine bessere Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Psychiatrie zu gewährleisten.

Literatur

- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn 1988
- DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/42000 und 7/4202, Bonn, Heger, 1975
- DIEKMANN, U., NIßLE, K.: Zur extramuralen Versorgungssituation gerontopsychiatrische Abteilungen/Kliniken in der BTd, in: Psych. Praxis 1996, 23: 180–186
- WEYERER, S.: Arzneimittelmissbrauch in Altenpflegeheimen in: HIRSCH R.D.: Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem, bislang unveröffentlicht

Die Versorgung von alten Menschen mit psychischen Störungen - Herausforderungen und Probleme

Dirk K. Wolter-Henseler

An die gerontopsychiatrische Versorgung werden in Zukunft hohe Anforderungen gestellt: Die demografische Entwicklung in den Industriestaaten ist dadurch gekennzeichnet, dass aus der Bevölkerungspyramide früherer Zeiten ein Bevölkerungspilz wird. Die relativen Anteile der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung verschieben sich, der Anteil der alten Menschen nimmt auf Kosten der Jüngeren stetig zu. Bis etwa zum Jahr 2030 wird aber auch noch die absolute Zahl der alten Menschen zunehmen, erst danach wird sich der Geburtenrückgang bemerkbar machen. Diese Entwicklung – Abnahme des relativen Anteils und Abnahme der absoluten Zahl – betrifft insbesondere die Gruppe der Hochbetagten (1). Dieser Umstand ist deshalb von großer Bedeutung, weil die Prävalenz von Demenzerkrankungen mit steigendem Alter exponentiell zunimmt, die Prävalenzrate verdoppelt sich in 5 Jahresschritten (2). Mit der Zunahme der »Hochrisikogruppe« der Hochbetagten wird es also zwangsläufig zu einem überproportionalen Anstieg der Demenzerkrankungen kommen. Die Gerontopsychiatrie beschäftigt sich jedoch nicht nur mit den Demenzerkrankungen. Sie wird zu Recht als eigenes Arbeitsfeld abgegrenzt, weil

- psychosoziale Lebensumstände und Beziehungskonstellationen des *Alters* und die Anforderungen des *Alterns* im Vergleich zur Allgemein- bzw. Erwachsenenpsychiatrie besondere Akzentuierungen aufweisen;
- gleichzeitig bestehende körperliche Erkrankungen (»Multimorbidität«) die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen modifizieren und die Behandlung komplizieren können;
- hirnorganische Störungen, namentlich Demenzerkrankungen in besonderer Häufung auftreten.

Zum Arbeitsgebiet der Gerontopsychiatrie gehören also auch alle funktionellen psychischen Störungen, wobei depressive Erkrankungen von fast ebenso großer Bedeutung sind wie Demenzen (3, 4, 5, 6). Zunehmende Beachtung finden völlig zu Recht auch Suchterkrankungen im Alter (7). Zwar gibt es bei den funktionellen psy-

chischen Störungen und Suchterkrankungen keinen so eindeutigen Altersgang wie bei den Demenzerkrankungen, einzelne Studien deuten jedoch für depressive Störungen auf einen zumindest leichten Anstieg mit zunehmendem Alter hin (5, 8), der im Verein mit der beschriebenen demografischen Entwicklung zu einem wachsenden Versorgungsbedarf führen wird. Zu berücksichtigen ist weiterhin die steigende Lebenserwartung psychisch Kranker, so dass neben Ersterkrankungen im Senium die Gruppe der »altgewordenen psychisch Kranken« an Bedeutung gewinnt. Somit ist für die nächsten Jahrzehnte mit einer deutlichen Zunahme nicht nur von Demenzerkrankungen, sondern auch von funktionellen psychischen Störungen älterer Menschen zu rechnen. Für die USA wird prognostiziert,

- dass die Zahl der Einweisungen in psychiatrische Kliniken über alle Altersgruppen ansteigen wird, wobei der Anstieg bei den älteren Patientinnen und Patienten deutlich höher ausfallen wird (9), und
- dass die Gesamtfallzahl funktioneller psychischer Störungen älterer Menschen (ohne Demenzerkrankungen) im Jahr 2030 die Gesamtfallzahl im mittleren Lebensalter erreicht, während sie bisher nur etwa die Hälfte ausmacht (10).

Die beschriebene demografische Entwicklung wirft ein weiteres Problem auf: Die Schere zwischen (hoch) betagten Menschen, die aus körperlichen oder geistig-seelischen Gründen pflegebedürftig sind, und den jüngeren Menschen, insbesondere Familienangehörigen, die für Pflege und Versorgung in Betracht kommen, geht immer weiter auf (»schrumpfendes Töchter-Pflegepotential«) (11), der Anteil alter Menschen in Einpersonenhaushalten nimmt deutlich zu (1). Der beschriebene Prävalenzanstieg gerontopsychiatrischer Erkrankungen spiegelt sich im Ausland in steigenden Fallzahlen der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen wieder, in Deutschland ist das Gegenteil der Fall, und zwar trotz steigender Fallzahlen der psychiatrischen Behandlungsfälle insgesamt. Ob es sich hierbei um ein statistisches Artefakt oder um eine reale Entwicklung handelt, darüber kann gegenwärtig nur spekuliert werden. Zu vermuten ist eine Fehlplatzierung in somatischen Krankenhausabteilungen (12), wo psychische Störungen, insbesondere älterer Patientinnen und Patienten, sehr häufig übersehen werden (13, 14, 15). Mitnichten ist der Rückgang der stationären gerontopsychi-

atrischen Behandlungsfälle auf eine etwaige dramatische Verbesserung der ambulant-komplementären Versorgungsstrukturen zurückzuführen: einerseits sind diese Strukturen erst punktuell entwickelt (6, 12, 16, 17, 18, 19), andererseits würde nach den bisherigen Erfahrungen hierdurch zunächst sogar eher noch ein Anstieg der stationären Behandlungsprävalenz induziert, weil viel »verborgenes Leid« durch die aufsuchende ambulante Tätigkeit erst entdeckt würde (12, 20, 21). Bemerkenswert ist allerdings, dass den deutschen Statistiken zufolge der Rückgang der stationären Behandlungsprävalenz älterer Patientinnen und Patienten die psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern in deutlich stärkerem Maße betrifft als die Fachkrankenhäuser, die eigene gerontopsychiatrische Fachabteilungen vorhalten (12, 22). Im Vergleich dieser beiden unterschiedlichen Versorgungsstrukturen – integrierte psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus versus gerontopsychiatrische Fachabteilung – zeigt sich auch, dass in den Ersteren der Anteil hochbetagter Patientinnen und Patienten und der Anteil von Patientinnen und Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen deutlich geringer ist (16). Dabei stellen die »alten Alten« besonders hohe Anforderungen an die Versorgungsstrukturen, denn mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Erkrankungen (»Multimorbidität«): unter den über 80-jährigen findet sich praktisch niemand mehr ohne nennenswerte körperliche Beeinträchtigungen, und bei einem Drittel dieser Altersgruppe liegen sieben oder mehr körperliche Beeinträchtigungen vor (8). Treten psychische Störungen hinzu, wird es besonders schwierig. Weder Hausärztinnen bzw. internistische Geriaterinnen noch Allgemeinpsychiaterinnen werden dieser hochkomplexen Aufgabe der Integration von somatischer und psychiatrischer Diagnostik und Behandlung bisher in befriedigender Weise gerecht (6, 19). Die Häufung körperlicher Erkrankungen im Alter und das herrschende Paradigma unserer Medizin mit dem Primat der somatischen Sichtweise führen bekanntlich dazu, dass psychiatrische Erkrankungen häufig übersehen werden bzw. die erforderliche Behandlung unterbleibt; dies betrifft ältere Menschen in noch stärkerem Maße als jüngere, es betrifft Demenzerkrankungen ebenso wie depressive Störungen oder Suchterkrankungen (23, 24, 25, 26, 27). Nur ein Bruchteil der alten Patientinnen und Patienten mit einer behandlungsbedürftigen Depression erfährt eine angemessene Therapie, viele bleiben unbehandelt oder werden mit Tranquilizern

fehlbehandelt (5, 23, 28). Die Prognose von depressiven alten Menschen ist besser, wenn sie im Vergleich zur rein hausärztlichen Behandlung in psychiatrischen Fachambulanzen behandelt werden (29). Während Hausärztinnen und -ärzte oft mit psychiatrischen Problemen überfordert sind, verfügen umgekehrt Allgemeinpsychiaterinnen und -psychiater in der Regel nicht über ausreichende geriatrische oder gerontopsychiatrische Kenntnisse. Ein großes Manko besteht in ihrer geringen Bereitschaft zur aufsuchenden Tätigkeit in Form von Hausbesuchen oder Altenheimbesuchen (6, 19). Dabei muss insbesondere dieser aufsuchende Aspekt zentraler Bestandteil künftiger gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen sein, wie sich allein schon aus der häufig eingeschränkten Mobilität älterer Menschen zwangsläufig ergibt. Daneben sind weitere Gesichtspunkte zu berücksichtigen, z.B. die erhöhte soziale Vulnerabilität, das Angewiesensein auf Hilfen in verschiedenen Lebensbereichen und das Autonomiebestreben alter Menschen, wobei häufig psychiatrisch-therapeutische Aspekte oder eine aus Institutionssicht wünschenswerte »perfekte« Versorgung anderen Zielen, etwa dem Wunsch nach Autonomieerhalt oder nach Verbleib in der vertrauten Lebensumwelt, untergeordnet werden müssen (6, 17, 30). Noch wird der größte Teil der psychisch kranken alten Menschen nicht institutionell, sondern informell von Angehörigen und allenfalls mit teilweise institutioneller Unterstützung in Form von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung betreut. Das »schrumpfende Töchterpflegepotential« wird jedoch zwangsläufig dazu führen, dass der Anteil der institutionell betreuten alten Menschen zunimmt, wie sich bereits heute bei den Demenzerkrankungen ablesen lässt: schon mindestens 40 %, mancherorts aber auch bis zu 75 % der Demenzkranken (ohne sehr frühe bzw. leichte Fälle) werden in Institutionen betreut, und nur eine Minderheit kann bis zum Lebensende in der häuslichen Umgebung verbleiben – 2/3 bis 3/4 aller Demenzkranken übersiedeln im Lauf der Erkrankung in ein Pflegeheim, die jährliche Heimaufnahmerate der im Privathaushalt lebenden Demenzkranken liegt bei ca. 25 %. Umgekehrt leiden 50 bis über 70 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen an einer Demenzerkrankung, in über 50 % scheinen Demenzen primär verantwortlich für die Neuaufnahme in ein Pflegeheim zu sein (2). Umso wichtiger erscheint es vor diesem Hintergrund, die noch verbliebenen pflegenden Angehörigen (aber auch

die Pflegekräfte in den Heimen) in die Lage zu versetzen, diese Aufgabe möglichst effektiv wahrnehmen zu können. Modelle für die Angehörigenschulung existieren. In einer amerikanischen Untersuchung konnte beispielsweise gezeigt werden, dass durch ein gar nicht besonders aufwendiges Programm die Heimübersiedlung um fast ein Jahr hinausgezögert werden konnte (31), andere Autorinnen und Autoren konnten ähnliche Erfolge psychosozialer Interventionen nachweisen (32, 33, 34). Es kann nicht oft genug betont werden, dass das weit verbreitete Vorurteil keineswegs zutrifft, demzufolge psychosoziale Interventionen bei hirnrorganischen Erkrankungen unbedeutend oder sogar unwirksam wären. Allerdings erfordern solche Fragen des psychologischen Verständnisses von Demenzerkrankungen, der Milieugestaltung usw. spezielle Kenntnisse und Erfahrungen (35, 36, 37, 38, 39). Dasselbe gilt für Fragen der vielfachen komplizierten Zusammenhänge zwischen seelischen und körperlichen Erkrankungen im Alter (23, 40), für die psychotherapeutische Auseinandersetzungen mit speziellen Problemstellungen des *Alters* und des *Alterns* (41) oder für Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung.

Durch solche besonderen Aufgabenstellungen definiert sich Gerontopsychiatrie – wie bereits erwähnt – als eigenständiges Arbeitsfeld, in dem spezialisiertes Fachwissen erarbeitet, in dem Erkenntnisse gewonnen und i.S. der Ausbildung nachrückender Fachkräfte weitergegeben werden. Diese Aufgaben können nicht von Einzelkämpferinnen und -kämpfern wahrgenommen werden, hierzu bedarf es gerontopsychiatrischer Kompetenzzentren. Solche Kompetenzzentren sind in Deutschland gegenwärtig überwiegend die gerontopsychiatrischen Krankenhausfachabteilungen (12) – die sich allerdings zunehmend extramural betätigen und dabei mit einem Vierteljahrhundert Verspätung das von der Psychiatrie-Enquete entwickelte und von der Expertenkommission modifizierte Konzept des Gerontopsychiatrischen Zentrums in die Tat umsetzen. Das Gerontopsychiatrische Zentrum, bestehend aus den Bausteinen: Ambulanz, Tagesklinik und Beratung, soll dabei als übergeordnete Aufgabe in der Versorgungsregion Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einbringen (6, 18). Das Gerontopsychiatrische Zentrum ist aber keineswegs Endpunkt der Reformüberlegungen, vielmehr kommt es darauf an, i.S. von Verbundlösungen die verschiedenen Anbieter zusammenzuführen (17, 42). Dabei tut

sich die Gerontopsychiatrie schwer, ihre Identität zu finden. Die Bezeichnung legt nahe, dass sie zur Psychiatrie gehöre. So zutreffend diese Zuordnung auch in Deutschland überwiegend eingeschätzt wird, so ungenügend ist sie gleichzeitig: Gerontopsychiatrie geschieht stets im Überlappungsbereich von Psychiatrie, somatischer Medizin und Altenhilfe. Wer Gerontopsychiatrie betreibt, sitzt damit zwischen drei Stühlen. Und die Gefahr ist groß, dass daraus ein Bermudadreieck wird, in dem die Gerontopsychiatrie verschwinden könnte; denn weder von ihrer Mutterdisziplin, der Psychiatrie, noch von der somatischen Medizin, insbesondere der internistischen Geriatrie, wird sie geschätzt. Allgemeinpsychiatrie und internistische Geriatrie versuchen mitunter den Eindruck zu erwecken, als könnten sie Gerontopsychiatrie nebenher mitbetreiben. Sehr zum Leidwesen der Altenhilfe, ist dies doch der Bereich, in dem die Gerontopsychiatrie die größte Wertschätzung erfährt, weil man hier auf dieses spezialisierte Fachwissen angewiesen ist, denn die Heime sind seit Beginn der Psychiatrie-Reform zur »heimlichen Gerontopsychiatrie« (43) geworden. Doch dieses spezialisierte Fachwissen kann nur erhalten werden, lebendig bleiben und sich fortentwickeln, wenn es auch künftig Kompetenzzentren gibt, in denen es gedeihen kann. Die Zukunftsvision von Versorgungsstrukturen mit psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ohne gerontopsychiatrische Kompetenz, die sich die psychiatrisch-psychotherapeutischen »Rosinen« aus der Schar der älteren Patientinnen und Patienten herauspicken, während die hochbetagten körperlich und hirnrorganisch kranken Patientinnen in somatischen Krankenhausabteilungen ohne angemessene psychiatrische Versorgung verkümmern, ist beklemmend. Ob Gerontopsychiatrie als eigenes Arbeitsgebiet im beschriebenen Bermudadreieck bestehen bleibt – die Bestrebungen für eine entsprechende Schwerpunktbildung im Fachgebiet »Psychiatrie und Psychotherapie« könnten darauf hindeuten –, wird die Zukunft erweisen müssen. Diskutiert wird mancherorts aber auch, ob die Versorgungsbedürfnisse nicht vielleicht besser dadurch befriedigt werden könnten, dass die Gerontopsychiatrie als Schwerpunkt in einer integrierten Altersmedizin aufgeht, dass sie zur Psychogeriatric wird.

Literatur

1. BAUR R, CZOCK H, KLEIN C, KONRAD K, SCHÄRER S, SCHLESINGER M, THÜNTE P-I, WIESLER S. Datenreport Alter. Individuelle und sozioökonomische Rahmenbedingungen heutigen und zukünftigen Alterns. Schriftenreihe des BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 137. Stuttgart: Kohlhammer. 1997
2. BICKEL H. Epidemiologie der Demenzen. In: FÖRSTL H, BICKEL H, KURZ A (Hrsg.) Alzheimer Demenz. Springer: Berlin. 1999: 9–32
3. ERNST C. Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. In: RADEBOLD H., HIRSCH RD., KIPP J., KORTUS R., STOPPE G., STRUWE B., WÄCHTLER C. (Hrsg.). Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopff. 1997: 2–11
4. HÄFNER H. Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: HÄFNER H. Psychiatrie – ein Lesebuch für Fortgeschrittene. Stuttgart: G. Fischer. 1991: 67–97
5. HELMCHEN H, BALTES MM, GEISELMANN B, KANOWSKI S, LINDEN M, REISCHIES F, WAGNER M, WILMS H-U. Psychische Erkrankungen im Alter. In: MAYER KU, BALTES PB (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. 1996: 185–220
6. WOLTER-HENSELER DK. Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe. 1996
7. HAVEMANN-REINECKE U (Hrsg.). Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg: Lambertus. 1998
8. WELZ R. Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Duderstadt. Teil I: Die Querschnittstudie. Regensburg: Roderer. 1994
9. GOLDSMITH HF, MANDERSCHIED RW, HENDERSON MJ, SACKS AJ. Projections of inpatient admissions to specialty mental health organizations: 1990 to 2010. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 478–484
10. JESTE DV, ALEXOPOULOS GS, BARTELS SJ, CUMMINGS JF, GALLO JJ, GOTTLIEB GL, HALPAIN MC, PALMER BW, PATTERSON TL, REYNOLDS CF, LEBOWITZ BD. Consensus Statement on the upcoming crisis in geriatric mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 848–853
11. RÜCKERT W. Demographie der Supportsysteme in der Altenversorgung. In: KULENKAMPFF C & KANOWSKI S (Hrsg.). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Tagung der Aktion Psychisch Kranke Juni 1992. Köln: Rheinland-Verlag. 1993: 11–33
12. GUTZMANN H. Psychisch kranke alte Menschen: Wo sind sie geblieben? *Spektrum* 2/2001: 31–33
13. AROLT V, DRIESSEN M, BANGERT-VERLEGER A, NEUBAUER H, SCHÜRMAN A, SEIBERT W. Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt* 1995; 66: 670–677
14. BICKEL H, COOPER B, WANCATA J. Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten. In: *Nervenarzt* 1993; 64: 53–61

15. COOPER B, JAEGER J. Psychiatrische Erkrankungen bei älteren Allgemeinkrankenhauspatienten. In: KRETSCHMAR C (Hrsg.). Gerontopsychiatrie – Möglichkeiten und Modelle ambulanter Versorgung psychisch Alterskranker. Neuss: Janssen GmbH. 1989: 261–286
16. BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER TRÄGER PSYCHIATRISCHER KRANKENHÄUSER. Bericht über den Stand der klinisch-gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln. 1997
17. HIRSCH RD, HOLLER G, REICHWALDT W, GERVINK T. Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Schriftenreihe des BM für Gesundheit, Bd. 114. Stuttgart: Kohlhammer. 1999
18. REMLEIN KH, NETZ P (Hrsg.). Das Gerontopsychiatrische Zentrum – 10 Jahre nach den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis. 1999
19. WOLTER-HENSELER DK. Die gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. *Z Gerontol Geriat* 2000; 33:471–479
20. VALDES-STAUBER J, NISSELE K, VON CRANACH M. Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer Behandlung nach Einführung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums. *Psychiat Prax* 1999; 26: 289–293
21. WERNER B. Evaluation gerontopsychiatrischer Zentren und vergleichbarer Verbundsysteme unter besonderer Berücksichtigung des weiteren Lebenswegs psychisch kranker alter Menschen. In: REMLEIN KH, NETZ P (Hrsg.). Das Gerontopsychiatrische Zentrum – 10 Jahre nach den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis. 1999: 23–38
22. REISTER M. Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994 bis 1997. In: ARNOLD L, LITSCH M, SCHWARTZ FW (Hrsg.). Krankenhaus-Report 99. Stuttgart: Schattauer. 2000: 307–322
23. BLANCHARD M, GRAHAM N. Depression im höheren Lebensalter. In: HELMCHEN H, HENN F, LAUTER H und SARTORIUS N (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart, 4. Aufl., Bd. 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. Berlin: Springer. 2000: 239–265
24. CALLAHAN CM, HENDRIE HC, TIERNEY WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med* 1996; 124: 273–274
25. MAIER W, LINDEN M, SARTORIUS N. Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. *Dt Ärztebl* 1996; 93: A-1202–1206 (Heft 18).
26. STOPPE G, SANDHOLZER H, STAEDT J, WINTER S, KIEFER J, KOCHEN MM, RÜTHER E. Diagnosis of dementia in primary care: results of a representative survey in Lower Saxonia, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994; 244: 278–283
27. TRABERT W. Klinik der Alkoholabhängigkeit im Alter. In: HAVEMANN-REINECKE U (Hrsg.). Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg: Lambertus. 1998: 97–105

28. WOLTER-HENSELER DK. Zur Problematik der Benzodiazepinver-
ordnung im Alter. *Psycho* 1996; 22: 454-464
29. COLE MG, BELLAVANCE F, MANSOUR A. Prognosis of Depression in
Elderly Community and Primary Care Populations: A Systematic Review
and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1182-1189.
30. WOLTER-HENSELER DK. Die künftige Entwicklung der Versorgung von
alten Menschen mit psychischen Störungen – Erfordernisse und Fall-
stricke. *BtPrax* 2000; 9: 142-149
31. MITTELMAN MS, FERRIS SH, SHULMAN E, STEINBERG G, LEVIN B.
Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients With
Alzheimer's Disease. *JAMA* 1996; 276: 1725-1731
32. HAUPT M, KARGER A, BAUMGÄRTNER D, KUMINOTI D, JÄNNER M,
SCHNEIDER F. Verbesserung von Unruhezuständen und Angst bei
Demenzkranken nach psychoedukativer Gruppenarbeit mit pflegenden
Angehörigen. *Fortschr Neurol Psychiat* 2000; 68: 216-223
33. HINCHLIFFE AC et al. Behavioural Complications of Dementia – Can
They be treated? *Int J Geriat Psychiatry* 1985, 10: 839-847
34. MARRIOTT A, DONALDSON C, TARRIER N, BURNS A. Effectiveness of
cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care
in carers of patients with Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 2000; 176:
557-562
35. CARLSON DL, FLEMIN KC, SMITH GE, EVANS JM. Management of
Dementia-Related Behavioral Disturbances: A Nonpharmacological
Approach. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 1108-1115
36. GUTZMANN H. Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In: WÄCHTLER C
(Hrsg.). *Demenzen*. Stuttgart: Thieme. 1997: 40-59
37. HAUPT M. Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale
Behandlung bei Demenzkranken. *Z Gerontol Geriat* 1999; 32: 159-166
38. LAUTER H. Rehabilitation bei Demenzerkrankungen. *Nervenheilkunde*
1996; 15: 274-277
39. WEIS S, WEBER G (Hrsg.). *Handbuch Morbus Alzheimer*. Weilheim.
Beltz. 1997
40. GLASSMANN AH, GIARDINA EGV. Eine Untersuchung der Zusammen-
hänge zwischen koronarer Herzkrankheit und Depression. In: HEL-
MCHEN H, HENN F, LAUTER H, SARTORIUS N (Hrsg.). *Psychiatrie der
Gegenwart*, 4. Aufl., Bd. 4: Psychische Störungen bei somatischen
Krankheiten. Berlin: Springer. 1999: 319-333
41. HEUFT G., KRUSE A., RADEBOLD H. *Lehrbuch der Gerontopsy-
chosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt. 2000
42. WERNICKE G. Ein Netzwerk der Hilfen. *Der Gerontopsychiatrische
Verbund Berlin-Charlottenburg*. Soziale Psychiatrie 1999; 23, 2: 22-24
43. STEINKAMP G, TROPBERGER F, WERNER B. Heimliche Geronto-
psychiatrie – oder: Wer hilft den Heimen bei der Versorgung psychisch
kranker alter Menschen? *Z Gerontol* 1993; 26: 494-500

Wer ist für die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig?

Einleitung

Helga Schmidt-Nieraese

Im Rahmen des Symposiums sollte der Frage nachgegangen wer-
den: »Ist die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugend-
lichen eine Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der
Kinder- und Jugendhilfe?«

In der Jugendhilfe haben die langjährigen Auseinandersetzun-
gen um die Wirksamkeit vollstationärer, wohnortferner, gar geschlos-
sener Unterbringung von Kindern und jungen Menschen mit
Schwierigkeiten wesentlich dazu beigetragen, das Eigenverständnis
der Jugendhilfemitarbeiterinnen und -mitarbeitern und die Zielset-
zung von Hilfskonzepten im Interesse der betroffenen Kinder und
ihrer Familien weiterzuentwickeln. Es wurden eine Vielzahl ambu-
lanter familienergänzender und wohnortnaher Hilfskonzepte ent-
wickelt und die Zahl der stationären Plätze hat kontinuierlich abge-
nommen. Eine entsprechende Fachdiskussion um Möglichkeiten
und Grenzen des Hilfesystems Kinder- und Jugendpsychiatrie hat
ebenfalls in den letzten zehn Jahren stattgefunden. Es wurde deut-
lich, dass beide Systeme aufeinander angewiesen sind und im In-
teresse der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Fami-
lien voneinander lernen können und sollten.

Zum Einstieg in die gewünschte Diskussion mit den Teilnehme-
rinnen und Teilnehmern des Symposiums wurden die nachfolgen-
den Beiträge von Dr. Charlotte Köttgen und Dr. Joachim Jungmann
verlesen, da beide kurzfristig erkrankt waren.

Ein Beitrag (hier nicht abgedruckt) von Thomas Mörsberger,
Jurist und Leiter des Landesjugendamtes Baden, widmete sich der
Darstellung der gesetzlichen Grundlagen und gesetzlich geregelten
Entscheidungsverfahren.

Helga Schmidt-Nieraese beschrieb die Sichtweite der Jugend-
hilfe und leitete damit in die Diskussion über.

Wer ist für die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig? - Eine Problemfeldbeschreibung

Joachim Jungmann

Begriffsbestimmung

»Geschlossene Unterbringung« bei Kindern und Jugendlichen meint die Anwendung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen. Zu unterscheiden sind:

- Die zivilrechtliche Unterbringung im Sinne einer Fürsorgemaßnahme, die in den §§ 1906 (für Volljährige) und 1631 b BGB bzw. in den §§ 70 FGG bzw. 42 KJHG Abs. 3, Satz 2 (SGB VIII) festgelegt ist. Bei dieser Form der Unterbringung handelt es sich um eine *Genehmigung des Familiengerichts* zur Anwendung freiheitsbeschränkender oder freiheitsentziehender Maßnahmen.
- Die öffentlich-rechtliche Unterbringung (nach den Krankenhausgesetzen/Unterbringungsgesetzen der Länder).
- Die Verhängung freiheitsentziehender Maßnahmen im Zusammenhang mit der Aufgabenstellung des Maßregelvollzuges, bei welchem psychisch kranke Rechtsbrecher anstelle einer Strafverbüßung in der Justizvollzugsanstalt einer psychiatrischen Behandlung unter geschlossenen Bedingungen zugeführt werden (§§ 63 und 64 StGB bzw. § 7 JGG sowie zur entsprechenden Begutachtung auf Anordnung der Justiz nach § 81 bzw. § 126 a STOP).

Zuständigkeit

Bereits aus den vorgenannten Definitionen ergeben sich Hinweise auf eine unterschiedliche Zuständigkeit bei der Anwendung freiheitsbeschränkender und -entziehender Maßnahmen. Ein Tätigwerden der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, die ein Teilgebiet der Medizin ist, kann nur im Zusammenhang mit der Abklärung oder Behandlung einer Erkrankung, genauer einer psychischen Erkrankung, erfolgen. Für die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben sich folgende drei Indikationsbereiche.

Behandlung bei krankheitsbedingtem Verlust der Ich-Steuerung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Schwerpunkt kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Therapie ist die ambulante Behandlung. Nur in den Fällen, in denen diese aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes oder das Krankheitsbild aufrechterhaltender psychosozialer Bedingungen nicht aussichtsreich erscheint, ist die Krankenhausbehandlung eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen zu erwägen, um die notwendige Behandlung zumindest zeitweilig innerhalb eines klinischen Schonraumes durchzuführen. Auch die Klinikbehandlung geschieht in der Mehrzahl der Fälle mit Zustimmung oder zumindest mit Duldung des Kindes, das dem Willen von Eltern/Sorgeberechtigten folgt. Kinder und Jugendliche, die in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aufgenommen werden, leiden an schwerwiegenden psychischen Störungen, die ihren Entwicklungsprozess tiefgreifend gefährden. Häufig treten diese Erkrankungen in Form gravierender Störungen der sozialen Interaktion in Erscheinung. Bei psychischen Erkrankungen, die zu einer Krisenintervention unter stationären Bedingungen führen, kann es zu einem längerdauernden, nicht nur vorübergehenden Verlust der Ich-Steuerung, der Realitätsorientierung und der Fähigkeit altersentsprechende Eigenverantwortlichkeit wahrzunehmen, kommen. Aufgrund der zeitweise bestehenden Hilflosigkeit hat der erkrankte Mensch Anspruch auf Maßnahmen zur Sicherung seiner persönlichen Interessen und zur Vermeidung von sich selbst oder/und andere massiv schädigenden Verhaltensweisen. Die einschlägige Gesetzgebung sieht vor, dass eine Behandlung vorübergehend auch gegen den Willen des Kranken erfolgen muss. Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen stets unter Beachtung der Verantwortung und Rechte der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern/Sorgeberechtigten. Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der kranken Kinder und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten ist Voraussetzung jeder Behandlung. Das gilt auch und besonders für den Umgang mit Krisensituationen, in denen Maßnahmen zur Anwendung kommen, die zeitweise die Freiheit des Kindes/Jugendlichen einschränken. Zwischen dem therapeutisch-pädagogischen Team, dem betroffenen jungen Menschen und den Sorgeberechtigten/Eltern müssen Interventionsstrategien

vereinbart werden, die transparent, vorhersehbar und verbindlich gestaltet sind.

Die Aufgabenstellung des Maßregelvollzuges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Aufgabe des Maßregelvollzuges ist die fachärztliche Behandlung von Rechtsbrechern mit akuten psychischen Erkrankungen sowie von straffällig gewordenen Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder intellektueller Minderbegabung. Voraussetzung der Anwendung des Maßregelvollzuges ist, dass eine Wiederholungsgefahr einer schweren Straftat nicht nur möglich, sondern auch wahrscheinlich ist. Die Behandlungsbedürftigkeit reicht als alleinige Voraussetzung für die Unterbringung im Rahmen der Maßregel nicht aus. Die Frage der Verhältnismäßigkeit der Anwendung einer Maßregelordnung ist bei Kindern und Jugendlichen in besonderer Weise zu prüfen. Auf die Anforderungen an die Qualität der forensischen Begutachtung muss nachdrücklich hingewiesen werden. Angesichts der insgesamt geringen Fallzahl von 35 bis 40 betroffenen Jugendlichen in der gesamten Bundesrepublik ist von einem nur geringen Platzbedarf für diesen Personenkreis auszugehen. Gelegentlich sind Aufgaben der Begutachtung im Rahmen einer »Unterbringung zur Beobachtung« gemäß § 73 JGG zu leisten.

Anwendung freiheitsbeschränkender oder freiheitsentziehender Maßnahmen als Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, die sozialpädagogische Struktursetzung zur Sicherung von Diagnostik und Therapie voraussetzt

Nun aber zu einem dritten und für die anstehende Frage besonders problematischen Personenkreis, für den die stationäre Krisenintervention gesucht wird. Für schwerwiegend verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, die in der Regel aus der bisher besuchten Schule, der Ausbildungsstelle oder aus einem bereits betreuenden Heim ausgegrenzt worden sind, wird eine eng strukturierte pädagogische und therapeutische Führung für erforderlich gehalten, die einzig im Rahmen einer »geschlossenen Unterbringung« gegeben erscheint. Für diesen Personenkreis werden kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in den letzten Jahren vermehrt in Anspruch

genommen, nachdem Plätze in geschlossenen Heimen der Jugendhilfe alternativlos abgebaut worden waren. Der besondere kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsbedarf wird durch Verhaltensweisen der Betroffenen begründet, von denen eine erhebliche Gefährdung der eigenen Person oder anderer Personen ausgeht. Als Gefährdung werden zum einen aggressive Durchbrüche und Kontrollverluste angesehen, zum anderen wird eine langfristige Selbstgefährdung des Jugendlichen aus Symptomen wie Verwahrlosung, Schulverweigerung, Drogenmissbrauch oder gravierenden sexuellen Auffälligkeiten abgeleitet. Um solche Verhaltensstörungen von rein pädagogisch gelagerten Problemfeldern abzugrenzen, wird die Zuständigkeit des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie damit begründet, dass der dringende Verdacht besteht, dass die beobachtete Eigen- oder Fremdgefährdung ursächlich auf einer psychischen Erkrankung beruht. Die fachärztliche Prüfung dieser Vermutung bzw. die Abklärung einer dem Fehlverhalten tatsächlich zu Grunde liegenden seelischen Erkrankung gehört unzweifelhaft in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Wird der Verdacht bestätigt, so resultieren aus einer entsprechenden Diagnose Behandlungserfordernisse, wobei in einem weiteren Schritt zu klären ist, ob eine ambulante, unter Umständen andere Maßnahmen begleitende Therapie ausreicht oder ob eine Behandlung der Erkrankung unter klinischen Bedingungen erforderlich ist. Dies wird nur selten der Fall sein. Wesentlich häufiger ergibt sich die Notwendigkeit, neben der fachärztlichen Behandlung einen verlässlichen, längerfristig organisierten und strukturierten Lebensrahmen für die bzw. den betroffenen Jugendlichen sicherzustellen, was wiederum als Hilfe zur Erziehung in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe fällt.

Es steht außer Frage, dass ohne eine Korrektur der schweren sozialen Orientierungsstörung der jungen Menschen und der damit verbundenen erheblichen Selbstwertproblematik sowohl deren Identitätsentwicklung als auch die Erziehung und die Entfaltung ihrer beruflichen Möglichkeiten schwerwiegend bedroht sind. Kinder und Jugendliche sind in ihrer Entwicklung nachhaltig gefährdet, wenn sie in einen sozialpädagogischen Rahmen, der ihnen Erziehung und Bildung ermöglichen könnte, nicht mehr einzubinden sind, und sie sich damit um die Chancen einer befriedigenden Lebens- und Berufsplanung bringen. Es handelt sich bei diesem Prob-

lemfeld eindeutig um eine Überschneidung der Zuständigkeitsbereiche von Pädagogik, Psychologie und psychiatrischer Medizin. Eine qualifizierte Behandlung muss von vornherein auf der Basis einer verbindlich gestalteten fachlichen Kooperation dieser Disziplinen und ihrer Dienste geleistet werden. Im Vordergrund steht hier die Entwicklung kooperativer Handlungsformen, bei denen die Voraussetzungen zum Umgang mit geschlossenen Bedingungen genauso auf Seiten der Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu realisieren sind. Ein solches Vorgehen gilt auch für Aufnahmeanfragen zur diagnostischen Abklärung z.B. im Rahmen von Maßnahmen nach §§ 1666 und 1666a BGB oder § 12 JGG.

»Geschlossene Unterbringung« als Chance

Genehmigung und Durchführung einer Unterbringungsmaßnahme setzen voraus, dass das Ziel, seelische Krankheit zu behandeln oder deviantes Verhalten zu reduzieren und sozial erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen, durch eine Behandlung bzw. pädagogische Führung unter geschlossenen Bedingungen prinzipiell erreichbar ist. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie heißt das, dass einengende oder freiheitsentziehende Maßnahmen nur dann gerechtfertigt sind, wenn sie therapeutische Bemühungen tatsächlich sichern können. Die stets nur vorübergehende Geschlossenheit des Behandlungsansatzes kann einen die Therapie begleitenden pflegerisch bzw. heilpädagogisch gestalteten Rahmen darstellen, der jedoch in die Kontinuität der Erziehungsverantwortung von Eltern/Sorgeberechtigten gegenüber dem Kind gebracht werden muss. Deshalb ist bei solchen Behandlungskonstellationen die enge Kooperation mit den Sorgeberechtigten des jungen Menschen unabdingbare Voraussetzung. Sie muss dem betroffenen Kind oder Jugendlichen verdeutlichen, dass die unter freiheitseinengenden Maßnahmen begonnene Behandlung in gemeinsamer Verantwortung geschieht. Der Therapeutin bzw. dem Therapeuten muss ein Handlungsspielraum überlassen bleiben, in welchem sie selbst das jeweils notwendige Ausmaß der räumlichen Einengung verantwortet. Ein längerfristiger vollständiger räumlicher Einschluss erscheint nur selten erforderlich. Es muss versucht werden, die freiheitsentziehenden bzw. einengenden Maßnahmen den Notwendigkeiten des fortschreiten-

den therapeutischen Prozesses anzupassen, der auf die Selbstbestimmung des erkrankten jungen Menschen zielt. Hierüber ist mit der einweisenden RichterIn bzw. dem Richter und den Sorgeberechtigten selbstverständlich Einvernehmen zu erzielen, was erleichtert wird, wenn diese in die Reflexion des Behandlungskonzeptes frühzeitig und dauerhaft einbezogen bleiben.

Die überwiegende Zahl aller Problemsituationen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird ohne solche eingreifenden Maßnahmen zu bewältigen sein. Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie schließt sich der Einschätzung der Jugendhilfe an, die im Übrigen auch von der Jugendgerichtsbarkeit geteilt wird, wonach es »für den statistischen Normalfall« fast immer effektivere Möglichkeiten als »das Einsperren« gibt, um auf schwierige Verhaltensprobleme bei jungen Menschen zu reagieren.

Erfahrungen mit der Frage nach der geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg

Charlotte Köttgen

Steigt die Jugendgewalt?

Nachdem die Aufregung über steigende Jugendkriminalität im Wahlkampf abgeklungen ist, stellt PFEIFFER (1998), der die Debatte durchaus mit Daten genährt hatte, plötzlich fest: »Der Anstieg der Jugendgewalt fällt erheblich schwächer aus, als die polizeilichen Daten es signalisieren«, denn: »Wenn nun die Anzeige-Quote steigt, erhöht sich nur die Sichtbarkeit der Jugendgewalt, nicht ihr Gesamtvolumen – ganz ähnlich wie bei einem Eisberg, der sich weiter aus dem Wasser heraushebt.« 4/5 der Jugendlichen und Heranwachsenden, die durch Zunahme an Jugendgewalt auffallen, gehören sozialen Randgruppen an. Mehr als 3/4 der jungen Gewalttäter weist ein niedriges Bildungsniveau auf, das ihnen im Berufsleben schlechte bis mäßige Perspektiven eröffnet. Solche Jugendlichen empfinden sich als Verliererinnen bzw. Verlierer. Das Risiko der Entstehung von Jugendgewalt erhöht sich drastisch, wenn drei Faktoren zusammentreffen:

- a) die Erfahrung innerfamiliärer Gewalt,
- b) gravierende soziale Benachteiligung der Familie und
- c) schlechte Zukunftschance des Jugendlichen aufgrund eines niedrigen Bildungsniveaus.

»Wer durch seine Eltern massive Schläge und Misshandlungen erlebt hat, wird erheblich häufiger selber gewalttätig als nicht geschlagene junge Menschen. (...) Die Integration dauerhaft in Deutschland lebender ausländischer Bürger ist nur sehr unzureichend gelungen. Dies trifft auf die kulturelle Integration ebenso zu, wie auf die strukturelle und soziale Integration. Junge Ausländer sind über proportional von Benachteiligung und erfahrener innerfamiliärer Gewalt betroffen, sie gehören demnach zu den Loosern.« (PFEIFFER 1998)

Die Forschung bestätigt – wieder einmal muss man sagen – viele der vorhandenen Erkenntnisse aus früheren Untersuchungen, die

den direkten Zusammenhang zwischen sozialen Problemlagen und dem Vorkommen von Gewalt und Jugend-Delinquenz bestätigt haben (MOSER 1970, PETRI u.a. 1975, RAUCHFLEISCH 1992). Die Spaltung der Gesellschaft in sehr Reiche und extrem Arme hat sich in den letzten Jahren dramatisch zu Ungunsten der Armen vollzogen. Eine Entsolidarisierung droht auf allen Ebenen. »Besorgniserregend ist in Wahrheit nicht die Jugend, sondern die Situation, in die sie hineinwächst«, schrieb DIE WOCHE nachdenklich am 27.06.1997. Heimerziehung, Strafverfolgung und Psychiatrie hatten – in den letzten 200 Jahren – in ihrer Geschichte im Kern einen gemeinsamen Auftrag, sie sollten die Gesellschaft vor armen Menschen mit abweichenden Verhaltensweisen schützen. Das geschah, je nach sozialen und politischen Verhältnissen, mehr oder weniger durch Gewalt, Kontrolle, Fürsorge und den Anspruch auf Heilen. Aus dem ursprünglichen Armenhaus differenzierten sich im vorigen Jahrhundert dann die Gefängnisse, Kliniken und (Waisen-)Heime heraus. Die Trennschärfe war damals und ist auch heute oft nicht ganz klar. Die Zielgruppen dieser Institutionen überschneiden sich. Die Methoden, die zur Bestrafung, Behandlung, Erziehung, Betreuung und Besserung eingesetzt wurden, waren oft schwer voneinander abzugrenzen. Die kritischen Analytiker, als deren namhafteste Vertreter ich hier nur GOFFMAN (1977), FOUCAULT (1969), DÖRNER (1969), BASAGLIA (1971) nennen möchte (siehe auch BLASIUS 1978), bezogen sich auf alle Institutionen, die ausschließenden Charakter hatten. Innerhalb dieser Institutionen wurde oft notdürftig verwahrt, und es herrschten die rigiden Regeln totaler Institutionen. Nivellierung und Deformierung der Persönlichkeit, bizarre, stereotype Verhaltensweisen, Antriebsarmut, Verblödung, sozialer Rückzug galten über ein Jahrhundert als die typischen Symptome der chronischen Schizophrenie. CIOMPI (1980) nannte dagegen diese künstlich geschaffene chronische Schizophrenie einen Artefakt, ein Kunstprodukt, hervorgerufen durch die Anstaltsbedingungen selbst, d.h. durch eben diejenige »Behandlung«, die zur Heilung gedacht war. Die chronische Schizophrenie aber war eben die Krankheit, aus der die Anstaltspsychiatrie ihre wesentliche Legitimation ableitete.

In den USA seien mittlerweile fast 20 % der Gefängnisinsassen psychisch kranke Menschen: »Wir sind wieder da gelandet, wo wir vor 150 Jahren schon einmal waren«, klagt Fuller Torrey (FULLER 1998) aus dem National Institute of Mental Health (NIMH) in

Maryland. Die Gefängnisse dienen dort als Aufbewahrungsanstalten für psychisch Kranke. Die Kriminalisierung der Leidenden ist längst wieder Realität (VON BREDOW 1998).

Wer also ist zuständig für die geschlossene Unterbringung?

Wenn Jugendhilfe und -psychiatrie sich streiten, reden sie oft über verschiedene Gruppen. Das ist eine der Ursachen für viele Missverständnisse. Jugendliche mit einem vorhandenen tragfähigen, reflexionsbereiten familiären Umfeld, mit guter oder sehr guter Schulbildung können ambulante und stationäre – auch therapeutische – Angebote für sich nutzen und bei Besserung des Befindens in ihr familiäres und soziales Netz zurückkehren. Diese Familien und ihre Kinder profitieren von einem differenzierten Angebot an psychiatrisch-therapeutischen Hilfen. Sie kommen mit der Jugendhilfe meistens nicht in Berührung. Sie werden oft über Ärztinnen und Ärzte in die Kliniken eingewiesen. Anders verhält es sich mit einigen Jugendlichen, die kein familiäres und soziales Netz haben, das sie trägt. Für sie gilt:

- »Je massiver das erlittene lebensgeschichtliche Trauma, desto ausgeprägter die Symptome und Verhaltensauffälligkeiten«, Tendenzen von Seiten der Institutionen in Richtung Abschiebung mehren sich.
- Je häufiger Abschiebungen erfolgen, desto problematischer das Kind/der Jugendliche.
- Die Schwierigkeiten potenzieren sich für alle Beteiligten.« (KÖTTGEN/KRETZER 1990).

Das sind Bedingungen – besonders die wiederkehrenden Beziehungsverluste und/oder -abbrüche – die Grenzgänger zwischen den Institutionen des Schul- und Jugendhilfesystems, der Psychiatrie und des Strafsystems charakterisieren. Weder die Jugendhilfe noch die Jugendpsychiatrie bleiben nach Erreichen der Volljährigkeit verantwortlich für Folgen von Verschiebungen und Hospitalisierungen. Beide Sparten haben wenig Erfahrungen mit Langzeitverläufen. Jugendliche in öffentlicher Erziehung, ebenso wie in psychiatrischer Behandlung, sind nahezu ausnahmslos auf vielfältige Weise verletzt. Manche sind er- und beziehungsproblematisch weil sie in ihrer Entwicklung beeinträchtigt wurden. Sie haben aber ausnahmslos auch

Stärken und Fähigkeiten, die hinter den Diagnosen und Etiketten verschwinden. Zu den Traumata neben der Ausstoßung aus der Familie gehören Trennungen der Eltern, Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen, Kriegseinwirkungen etc. In dem Buch »Wenn alle Stricke reißen« (KÖTTGEN 1998) habe ich in dem Kapitel »Lars oder wie man ein perfekter Psychiatriepatient wird«, die Geschichte eines Patienten beschrieben, der außerhalb der Institution Krankenhaus kein Netz hat. Er wird auf die Institution Psychiatrie fixiert, indem er lernt, durch aggressives Verhalten die geschlossene Psychiatrie zu zwingen, verantwortlich für ihn zu bleiben. Er hat sonst kein Zuhause. Wichtige Entwicklungsphasen draußen hat er verpasst. Er kennt sich nur mit den Regeln der Institution Psychiatrie aus, hier aber perfekt. Er bekommt nacheinander viele Diagnosen, die nicht zur Besserung beitragen. Er bessert sich, als sich ihm, durch eine Bezugsperson, die Verbindung zur Außenwelt anbietet, da aber sind viele Jahre vergangen. Psychiatrie und Patient waren – von außen betrachtet – unheilvoll, unentwirrbar in destruktiver Weise aneinander gekettet. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben nicht ausreichend kooperiert.

Worum geht es: Um die Interessen der Institutionen oder um den Anspruch auf soziale Sicherheit junger Menschen?

Kinder und junge Menschen brauchen verlässliche, feste Beziehungspersonen, um sich zu entwickeln. Sie brauchen einen sicheren Lebensort und Förderung im Lern- und Sozialbereich. Wenn die Eltern ausfallen, sind Erzieherinnen/Erzieher und Pädagoginnen/Pädagogen als Ersatzeltern überlebenswichtig als ergänzende oder ersetzende Bezugspersonen. Kinder entwickeln ihre Identität nur in einem solchen Beziehungsgeflecht. Die Verantwortlichen in Gesellschaft und Politik sollen Bedingungen schaffen, die Kindern diese Sicherheit gibt. Falls jemand spezielle Hilfen braucht, wie schulische, berufliche oder therapeutische, so soll sein soziales Netz dadurch nicht zerstört werden, es soll vielmehr dort die Hilfe angeboten werden, wo jemand lebt.

Weshalb ist das, was so einfach klingt, so schwer herzustellen?

Die Jugendpsychiatrie – gerade die edle, therapeutisch ausgerichtete – bietet Beziehungen an, die Kinder ohne sicheren Lebensort als Angebot eines Familienersatzes verkennen müssen. Die Bindung an die Personen wird zur Bindung an die Institution. Die Suche nach der »guten Mutter« endet für viele in der Odyssee durch die psychiatrischen Institutionen. Mir sind viele solcher Menschen begegnet, sie machen ohnmächtig, wütend und sind nicht selten aggressiv oder sadistisch. Sie sind erst so geworden.

Geschlossene Unterbringung?

In einem Positionspapier der Gesundheitsminister- und Jugendministerkonferenz vom Juni 1991 heißt es schon damals: »Im Überschneidungsbereich der Tätigkeitsfelder Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist eine präzise, fachlich beidseitig akzeptierte und zugleich praktikable Abgrenzung des Klientels nicht möglich. Die Problemlagen in krisenhaft zugespitzten Situationen werden sowohl im Bereich der »Erziehungsbedürftigkeit« angesiedelt wie auch als »krankhaft« bezeichnet. Bei einer Anhäufung »besonders schwieriger« Kinder und Jugendlicher sind Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste häufig überfordert. Verlegungen erfolgen in jeweils andere Institutionen, auch wegen der vermuteten »besseren Problembewältigungskompetenz«. Das so verursachte Zerstören elementarer Beziehungsnetze verstärkt jedoch häufig die Problematik. Dies gilt insbesondere für jene Jugendlichen, die ohnehin aus belasteten, unvollständigen Familien stammen, wie sie sehr oft in der Jugendpsychiatrie und in (stationären) Einrichtungen der Jugendhilfe anzutreffen sind.« (GESUNDHEITS- UND JUGENDMINISTERIUM HAMBURG 1991). In Bezug auf *Kinder und Jugendliche in seelischen Notlagen* und auf *Kinder mit einer Drogenproblematik in den Hilfen zur Erziehung* stellt eine Experten-Kommission »Jugendkriminalität« (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG 2000) in Hamburg fest: »Über die Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche, die im Rahmen einer Betreuung in HzE in krisenhafte, emotional explosive und belastete Situationen geraten, kommt es zu unterschiedlichen Bewertungen von Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Offensichtlich gibt es Verhaltensweisen von Kindern und Jugendli-

chen, die nicht eindeutig zu definieren sind. Es kommt zu Konstellationen, in denen Jugendhilfe sich überfordert fühlt und jugendpsychiatrische Intervention anfordert, Jugendpsychiatrie jedoch nach Prüfung des Einzelfalls ein pädagogisches Problem, das nicht psychiatrisch zu behandeln sei, konstatiert« (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG 2000, S. 202). In Hamburg hat die Bürgerschaft am 14.01.1998 die Einsetzung einer Enquete-Kommission zum Thema Jugendkriminalität und ihre gesellschaftlichen Ursachen beschlossen. Der Bericht dieser Enquete-Kommission wurde am 11.05.00 in der Drucksache 16/4000 (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG 2000) in Hamburg verabschiedet. Auslöser waren bundesweite und in Hamburg geführte öffentliche Diskussionen mit dem Tenor »die Zahl, der von Kindern und Jugendlichen begangenen Straftaten« sei massiv gestiegen und die Täter würden »immer jünger und brutaler«. In ihrer Zusammenfassung fordert die Kommission im Wesentlichen die Verbesserung im Vorfeld der Kriminalität und der sozialen Teilhabe Jugendlicher, dort heißt es u.a. aber auch, dass

- eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Kinder- und Jugendkriminalität ohne eine kritische Einbeziehung der Beteiligung der Medien am Verwahrlosungs- und Kriminalitätsdiskurs nicht möglich ist (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG 2000, S. 258).
- es keinen Anlass zur gesetzlichen Änderung gibt, weder des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) noch des Jugendgerichtsgesetzes (JGG).

Denn die Berichterstattung stellt Jugend – besonders in Wahlkämpfen – wie das Synonym für Kriminalität und Gewalt dar. Für die Psychiatrie und die Jugendhilfe empfiehlt die Kommission Prüfaufträge, und zwar ob

- Handlungsbedarf besteht in der Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie,
- die Entwicklung einer intersektoralen Kooperationsstruktur auf fachbehördlicher und Bezirks- Ebene nötig sei,
- für die Grenzfälle eine interdisziplinäre Prüfinstanz hilfreich sein könnte, um in Krisensituationen eine kurzfristige und problemangemessene Reaktion von Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie zu gewährleisten,

- auf dem Hintergrund vorliegender Erfahrungen beider Bereiche zu prüfen sei, ob und in welchem Umfang in Hamburg Plätze zur Unterbringung nach dem PsychKG bzw. nach § 1631 b BGB geschaffen werden sollten und,
- der Ausbau ambulanter psychiatrischer Versorgung zur Reduzierung stationärer Behandlung beitragen kann.

Und hier trennen sich die Geister: Während die Vertreterinnen und Vertreter der Jugendpsychiatrie den Ausbau stationärer Plätze fordern, empfiehlt die Jugendhilfe Krisenplätze, die nur bei Fremd- und Eigengefährdung (gemäß PsychKG) geschlossen, sonst offen sein sollen sowie eine klare und verbindliche Einbeziehung der Jugendpsychiatrie in die Pflichtversorgung der Stadt. Sie fordert die gleichrangige Kooperation mit der Jugendhilfe und anderen psychosozialen Diensten und eine verbindliche regionale Versorgungsverantwortung. In dem sehr umfassenden Auftrag der Kommission wurde u.a. folgenden Fragen nachgegangen (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG 2000, S. 253):

- Wie ist die jugendstrafrechtliche Praxis, insbesondere die Praxis der Diversion und der freiheitsentziehenden Sanktionen zu bewerten?
- Wie sind die Mängel in den Strukturen und der Ausstattung der Jugendhilfe zu bewerten?

Schließlich werden für eine »Kultur des Aufwachsens« viele Verbesserungsvorschläge gemacht.

Bei der Frage nach Gewalt und Kriminalität landet die Kommission – fast zwangsläufig – bei sozialen und gesellschaftlichen Problemen wie Gewalt in der Familie, Armut, Arbeitslosigkeit, Folgen der Migration usw., die nicht mit Mitteln geschlossener Unterbringung zu beantworten sind. Diese Forderungen gehen in Richtung

- Verbesserung der Chance auf Teilhabe in nahezu allen Lebensbereichen,
- Verbesserung auch der offenen Jugendarbeit und der Hilfen zur Erziehung.

Die Kommission stellt fest, dass sich durch die im § 35 a KJHG/SGB VIII formulierte Zuständigkeit der Jugendhilfe für seelisch Behin-

derte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche und die daraus folgende notwendige Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie vielseitige (Behandlungs-) Möglichkeiten eröffnen: »Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss den sozialen Kontext der Entstehung, störenden und gestörten Verhaltens einbeziehen und deshalb auch sozialpädagogische Kompetenz in Anspruch nehmen. Von der Sozialpädagogik ist andererseits zu erwarten, dass sie neben belastenden Bedingungen der Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen auch individuelle (anlagebedingte) Faktoren berücksichtigt und deshalb psychiatrische Kompetenz bei der differentialdiagnostischen Klärung und Behandlung seelischer Störungen in Anspruch nimmt.« (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG 2000, S. 202) Es wird ferner empfohlen, dass Krisenplätze in der Jugendpsychiatrie möglichst dezentral angeboten werden. Zusätzlich sei ein Ausbau ambulanter Versorgung erforderlich, sowohl zur Vermeidung stationärer Aufnahmen als auch zur Begleitung und Unterstützung von Jugendlichen und deren Betreuern im Anschluss an stationäre Aufenthalte. (ebd.)

Die lange Geschichte über die geschlossene Unterbringung in Hamburg

Weil die zehn Jahre einer konsequenten Öffnung nachträglich als durchaus erfolgreich bewertet werden können, sollen hier noch einmal Leitlinien, Strukturen und Ergebnisse dargestellt werden. 1980 beschließt der Hamburger Senat, Kinder und Jugendliche nicht mehr unter geschlossenen Bedingungen zu erziehen. Anspruch und Wirklichkeit der Heim-Reform wurden im Auftrage der Freien und Hansestadt Hamburg etwa zehn Jahre später – also 1989 – untersucht. Wegen der heftigen Angriffe durch die Presse und Politik, die auch damals die Gefahr durch die kriminelle Jugend unermüdlich thematisierte, sollte folgenden Fragen nachgegangen werden:

- »Sind die vormalig geschlossen untergebrachten Jugendlichen durch andere Instanzen – also Jugendstrafvollzug oder eben Jugendpsychiatrie – aufgefangen worden?
- Ist es zu vermehrten Krankheitszuschreibungen oder vermehrter Verlagerung auf die Justiz gekommen?« (SCHONE 1991)

Allen gegenläufigen Gerüchten zum Trotz nahm Hamburg – ab 1984 – keine geschlossenen Unterbringungsplätze in anderen Ländern mehr in Anspruch. Jugendliche, die nach JGG untergebracht waren (§§ 71 und 72), wurden behandelt wie andere Jugendliche auch (PETERS 1988). Vielmehr nahmen in dieser Zeit repressive Maßnahmen in Psychiatrie und im Strafvollzug ab – nach der Auflösung der geschlossenen Heime. Es kam nicht zu vermehrtem Zugriff durch die Jugendgerichtsbarkeit und auch nicht zu verschärften Krankheitszuschreibungen (zu Einweisungen in die Psychiatrie), auch nicht in den umliegenden Ländern, wie damals oft behauptet wurde. Die Abschaffung der geschlossenen Unterbringung stößt auf breiten Rückhalt durch die Fachkräfte der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie in Hamburg. Das Platzangebot in den Jugendpsychiatrischen Kliniken wird von beiden Seiten für ausreichend angesehen.

Ergebnisse

Zwischen 1979 und 1989 nahm die Unterbringung in Heimen in Hamburg von 2545 = 8,1 % auf 1988: 1654 = 7,1 % der demografischen Gruppe ab.

Leitlinien und Grundsätze der Jugendhilfe

- Die fachpolitischen Leitlinien wurden in dieser Zeit konsequent verfolgt und zwar sowohl von den Fachbehörden als auch von der Politik.
- Die repressiven Enden wurden konsequent gekappt.
- Auswärtsunterbringungen sind selten.
- Orte für »die Schwierigsten« werden aufgelöst.
- Individuelle Stigmatisierung soll vermieden werden.
- Integrationskonzepte werden vorangetrieben.
- Die großen anstaltsähnlichen Heime werden aufgelöst.
- Die Förderung kind- und jugendgerechter Settings, auch für den Einzelfall wird neu entwickelt.
- Hilfen werden ambulant vor stationär ausgebaut.
- Hilfen werden regional und institutionsübergreifend entwickelt.

Die Lebensweltorientierung, wie sie Thiersch (BUNDESMINISTERI-

UM FÜR JUGEND, FAMILIEN, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1990) formuliert hatte, gilt ja nicht nur in der Jugendhilfe, sondern auch in den Bereichen sozialpsychiatrischer und sozialpsychologischer Hilfen. Entscheidend ist die gemeinsame Versorgungsverantwortung (Vernetzung, Kooperation) und Formen gemeinsamer Problemlösungskompetenz. Die Jugendpsychiatrie stellte zum damaligen Zeitpunkt im Unterschied zu heute fest, dass eine Klinik kein langfristiger oder dauerhafter Lebensort sein sollte, und dass Hospitalisierungen von beiden Seiten vermieden werden müssen. Ziel sei vielmehr, eine Integration in ein möglichst normales Lebensfeld zu gewährleisten. Solange diese fachlichen und politischen Leitlinien auch übergreifend eingehalten wurden, kam es zu einem kontinuierlichem Absinken aller stationären, auch repressiven Unterbringungen in den Bereichen Jugendstrafvollzug, Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

Seit 1990 kommt es wieder zu einem Anstieg an stationären und repressiven Maßnahmen

Die Frage, wie es dazu kommt, beschäftigt die Jugendhilfe in Hamburg. Die Hilfen zur Erziehung in stationären Einrichtungen steigen, die Psychiatrie verlangt nach Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie, es werden immer wieder geschlossene Plätze eingefordert. Immer mehr Kinder werden bei auswärtigen Trägern sowohl in Heimen als auch Jugendpsychiatrien untergebracht.

Die Fakten

- Steigende stationäre, auswärtige Unterbringung (von 120 auf über 600)
- Anstieg der ambulanten Hilfen, die stationäre Hilfen vermeiden sollen
- *Kostensteigerung der Hilfen zur Erziehung*

Seit 1996 sind in Hamburg die Jugendämter der Bezirke für die Hilfestellung zuständig. Mit der regionalen Aufgabenverlagerung war die Hoffnung verbunden, die ambulanten und stationären Hilfen zu senken. Statt dessen kam es erst zu einem Anstieg der stationären, dann der ambulanten Hilfen zur Erziehung, zu einem An-

stieg auswärtiger Unterbringungen und einem Anstieg der Einweisungen in die geschlossene Psychiatrie – trotz Rückgang der Anzahl der Kinder.

Die Konsequenzen

- Forderungen nach Jugendpsychiatrieplätzen, Spezialeinrichtungen, geschlossenen und stationären Hilfen
- *Der Jugendhilfeetat steigt: Er ist seit 1991 von damals 123,3 Millionen DM bis 1999 auf 228,3 Millionen DM angestiegen!*

Zusammenfassung

Die Frage nach geschlossener Unterbringung und Ausbau von Psychiatriebetten verlangt nach einer Überprüfung der Kooperation und Koordination der Regelversorgung insgesamt:

- Ist die Zusammenarbeit der Dienste strukturell verankert?
- Sollen Ausgrenzungsprozesse verhindert werden?

Die Hamburger Erfahrungen zeigen: Je besser die Zusammenarbeit gelang, desto weniger Weiterverweisungen an andere, vermeintlich kompetentere Fachleute gab es. Die Jugendhilfe hatte begonnen, sich aus dem Souterrain der Justiz und Jugendpsychiatrie zu befreien. Abschiebekarrieren wurden unterbunden. Die Helferinnensysteme sollen zur Stabilisierung und nicht zur Problemverschiebung beitragen. Gemeinsame Kompetenzen entwickeln sich in gemeinsamer regionaler Verantwortung. Individuelle Lösungen müssen bei Einzelfällen entwickelt werden.

Werden Leitlinien und Grundsätze verlassen, kommt es zur folgenden Entwicklung:

- Geschlossene Institutionen werden belegt, wenn sie angeboten werden.
- Ausgebaute Institutionen und auch Anstalten überleben länger als die Fachleute mit kompetentem Fachwissen.
- Institutsleiterinnen und -leiter kämpfen für den Ausbau von Institutionen.
- Bei Anhäufung problematischer junger Leute kumulieren die Probleme und verlangen nach neuen – noch – spezielleren Einrichtungen.

- Die geschlossenen Institutionen werden nicht an einer Erfolgsbilanz, ob sie zur (Des)-Integration beigetragen haben, bemessen.
- Fachleute werden an den widersprüchlichen Aufgaben, die sich aus dem PsychKG, JGG und KJHG ergeben, verschlissen: Erziehen, Strafen, Therapien, Heilen?

Die Untersuchungsergebnisse aus den Hamburger Erfahrungen zusammengefasst

- Ohne gemeinsame Versorgungsverantwortung in der Region wird abgeschoben. Je kooperativer, regionalisierter und entspezialisierter die Hilfen sind, desto weniger Repression – in allen Bereichen.
- Je mehr gemeinsame – ambulante, zugehende – Problemlösungskompetenz im Grenzbereich entwickelt wird, desto weniger (geschlossene) Unterbringung.
- Spezialistinnen und Spezialisten qualifizieren die Jugendhilfe durch Unterstützung der Hilfeplanungsprozesse zugunsten Stabilität, Kontinuität, Entwickeln von Perspektiven ...
- Je mehr die Aufgaben und Versorgungszuständigkeiten geklärt sind, desto weniger werden Kinder Opfer der Streitigkeiten von Fachleuten, hier: zwischen Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie – Strafvollzug.
- Je besser qualifiziert die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Unterbringung sind, desto weniger Auswärtsverlegungen erfolgen.

Die Gründe für eine geschlossene Unterbringung sind sowohl nach dem PsychKG als auch nach dem BGB §1631 geregelt. Kein junger Mensch sollte länger als die Gefahr anhält, geschlossen untergebracht sein. Alles andere ist Freiheitsberaubung (SCHLINK 1997). Ansonsten finden rechtsstaatliche Grundsätze Anwendung (JGG). Zu recht soll bei Jugendlichen die Hilfe zur Integration im Vordergrund stehen oder – wie dies im KJHG genannt wird – der erzieherische Auftrag. Hoffnungen auf Problemlösungen durch abgelegene Institutionen und Spezialeinrichtungen haben sich als Ideologie erwiesen. Sie haben zu keinem Zeitpunkt der Geschichte die Hoffnungen erfüllt, die sie geweckt haben? Nicht um die gut geförder-

ten Mittelschichtskinder geht es in der Regel, wenn jemand zwischen die Systeme der Helferinnen und Helfer gerät, sondern nahezu immer um Familien im Randbereich der Gesellschaft, die ausnahmslos wenig Perspektiven haben, (KÖTTGEN 1999). Die Frage, ob eingesperrt wird oder nicht, wo eingesperrt wird, wer definiert, ob eingesperrt wird, ist seit jeher in der Geschichte eine Frage der »Zivilisiertheit« der Gesellschaft gewesen, sagt der Kriminologe Niels Christie (CHRISTIE 2000) und ist weniger eine Frage der Fachkompetenz, sondern der politischen Kräfte, die sich für die Klärung der Konflikte stärker als für das Wegsperrten einsetzen.

Literatur

- BASAGLIA F.: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt/M. 1971
- BLASIUS D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt/M. 1978
- BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG: Expertenkommission »Jugendkriminalität in Hamburg«. 16 Wahlperiode. Drucksache 16/4000. Hamburg 11.5.2000
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT: 8. Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bundesdrucksache 11/6576. 1990
- CHRISTIE N.: Mündlicher Vortrag Im: Kriminologischen Institut, Hamburg 2000
- CIOMPI L.: Neues zur Schizophrenie im Lichte jüngerer Langzeituntersuchungen. Vortrag am 4. Weissenauer Symposium, Bonn 1980
- DÖRNER K.: Bürger und Irre. Frankfurt/M. 1969
- FOUCAULT M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/M. 1969
- FULLER T.: Irrfahrt in den Knast. Der Spiegel 1998, 53: 206
- GESUNDHEITS- UND JUGENDMINISTERIUM HAMBURG: Positionspapier: Jugendhilfe und Psychiatrie. Top 6. Juni 1991
- GOFFMAN I.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/M. 1977
- KÖTTGEN C.: KRETZER D. (Hrsg.): Aus dem Rahmen fallen. Köln 1990, S. 85
- KÖTTGEN C.: (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Köln 1998
- KÖTTGEN C.: Jugendliche zwischen Heimerziehung, Psychiatrie und Strafvollzug – aus der Sicht der Erziehungshilfe. In: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (DV) DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR JUGENDGERICHTE UND JUGENDGERICHTSHILFEN e.V. (DVJ), ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR ERZIEHUNGSHILFE (AFET) e.V., BUNDES-

- VEREINIGUNG (Hrsg.): Jugendliche zwischen Heimerziehung, Psychiatrie und Strafvollzug. Frankfurt/M. 1999
- MOSER T.: Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Frankfurt a. M. 1970.
- PFEIFFER Ch., WETZELS P.: Sieben Thesen zu Jugendgewalt. Diskussion in der Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung/BSJB Hamburg am 30.09.98.
- PETRI H., LAUTERBACH, M.: Gewalt in der Erziehung – Plädoyer zur Abschaffung der Prügelstrafe. Frankfurt a. M. 1975.
- RAUCHFLEISCH U.: Allgegenwart von Gewalt. Göttingen 1992.
- SCHONE R.: »Grenzfälle« zwischen Heimen und Psychiatrie. In: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung Hamburg: Informationen, Standpunkte, Empfehlungen 1991, Bd. 10
- SCHLINK B.: Die Zulässigkeit der geschlossenen Unterbringung Minderjähriger in Einrichtungen der Jugendhilfe. Gutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaften der Landesjugendämter, Berlin 1997
- VON BREDOW, R.: Psychiatrie. Irrfahrt in den Knast. In: Der Spiegel 1998, 51, S. 206

Wer ist aus der Sicht der Jugendhilfe für die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig?

Helga Schmidt-Nieraese

Jugendhilfe soll gemäß § 1 SGB VIII

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
- Eltern bei der Erziehung beraten und unterstützen,
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund besteht die Zuständigkeit der Jugendhilfe besonders bei schwierigsten Einzelfällen darin, im Zusammenwirken mit anderen Fachkräften, die im Einzelfall notwendige Hilfe zu entwickeln und dabei die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern zu beteiligen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz verlangt Individualhilfe von der Jugendhilfe. Das gilt auch für die besonders schwierigen Einzelfälle. Die Frage, wie solche individuellen, bedarfsgerechten Hilfen aussehen und mit wem sie entwickelt werden, sollte nicht mit dem plakativ benutzten Begriff der geschlossenen Unterbringung verknüpft werden. Jugendhilfe ist für die Gewährung und Ausgestaltung der Hilfen zuständig, soll diese jedoch im Rahmen der Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII im Zusammenwirken mit anderen Fachkräften entwickeln, d.h. sie ist auf die Mitwirkung der Kinder- und Jugendpsychiatrie angewiesen. Voraussetzung für die gemeinsame Suche nach Entwicklung von Hilfen in den schwierigsten Einzelfällen ist daher, dass wir nicht länger Zuständigkeits- und/oder Schuldzuweisungen zwischen den Institutionen pflegen, sondern

- die gemeinsame Verantwortung erkennen, auf diese Weise
- Entlastung für den Einzelnen schaffen und so
- Möglichkeiten, Krisensituationen bewusst aushalten zu können, herstellen.

Aushalten heißt nicht resignieren, sondern sich gemeinsam Zeit

Wer ist aus der Sicht der Jugendhilfe für die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig?

nehmen, die für die Entwicklung einer angemessenen Hilfeform nötig ist. Aushalten heißt auch, eigene Hilflosigkeit zuzugeben und zu thematisieren, anstatt eine Hilfe nach der anderen auszuprobieren. Aushalten heißt weiter, das Scheitern eigener Bemühungen zu ertragen und nicht die Karriere der »Verlegungen« in angeblich immer spezialisiertere und kompetentere Einrichtungen zu fördern und am Ende eines solchen von Hilflosigkeit der Helferinnen und Helfer bestimmten Weges nach geschlossener Unterbringung zu rufen.

Wo und durch wen finde ich in schwierigen Einzelfällen Unterstützung? – Zusammenfassung der Diskussion

In der sich anschließenden Diskussion ging es vorrangig um die Frage: Wo und durch wen finde ich in schwierigen Einzelfällen Unterstützung? Insbesondere auf Seiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus psychiatrischen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern wurde formuliert, dass Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden und dort Informationen über Strukturen der Jugendhilfe und mögliche Ansprechpartnerinnen und Partner fehlen. Die regionale Versorgungsverpflichtung – wie die Jugendhilfe sie hat – fehle in der Psychiatrie vielerorts. Die Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie weise insbesondere dort Mängel auf, wo Kinder und Jugendliche in Krisensituationen geschlossen in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht würden, obwohl es am gleichen Ort kinder- und jugendpsychiatrische Betten gebe. Es bestand unter den ca. 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Symposiums ein hohes Interesse,

- Informationen und Orientierungshinweise zu erhalten, die die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie ermöglichen und fördern (Adressen, Ansprechpartnerinnen und -partnern, Angebote u.a.),
- der Frage gemeinsam nachzugehen, wie es beiden Professionen frühzeitig gelingen kann, schon bei jüngeren Kindern herauszufinden, wo und wann die Gefahrenmomente am Höchsten sind und wie geeignete Hilfen ausgestaltet sein können und sollten,
- die Diskussion, wie sie im Rahmen des Symposiums möglich war, grundsätzlich fortzuführen.

Suchtkrankenhilfe und Primärversorgung

Einleitung

Niels Pörksen

Etwa 9 Millionen Menschen in der Bundesrepublik haben Probleme mit Suchtmitteln, allen voran mit Alkohol, aber auch mit suchtfördernden Medikamenten und illegalen Drogen. Nicht alle sind abhängig, viele betreiben einen riskanten oder schädlichen Gebrauch – in allen Fällen aber führen Abhängigkeit, riskanter oder schädlicher Konsum zu erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Problemen.

In der Psychiatrie werden überwiegend diejenigen Suchtkranken behandelt, bei denen auf Grund der Schwere der Erkrankung erhebliche Folge- und Begleiterkrankungen aufgetreten sind (sog. Menschen mit Chronisch Mehrfachgeschädigter Abhängigkeit – CMA) oder bei denen die Suchterkrankung mit einer anderen psychischen Erkrankung einhergeht. Immerhin leiden etwa 30–50 % aller Patientinnen und Patienten, die in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden, an einer Suchterkrankung. Unabhängig davon gehen Menschen mit Suchtproblemen regelmäßig zur Hausärztin bzw. -arzt, viele von ihnen werden im Allgemeinkrankenhaus stationär »entgiftet« oder wegen der Folge- und Begleiterkrankungen behandelt. In dieser sog. Primärversorgung – Hausärztin/Hausarzt und Allgemeinkrankenhaus – werden die meisten Patientinnen und Patienten mit Suchtproblemen allerdings nur wegen der Folge- und Begleiterkrankungen behandelt, nicht jedoch wegen der Suchtprobleme.

Internationale Studien zur Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen haben eindeutig nachweisen können, dass suchtspezifische Diagnostik und Kurzbehandlung in der hausärztlichen Praxis oder im Allgemeinkrankenhaus mit geringem Zeitaufwand und hoher Effektivität möglich ist. (»brief intervention« – Kurzbehandlung, über die WHO – Weltgesundheitsorganisation – in länderübergreifenden Studien erprobt). Diese Studien konnten in ei-

nem Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in den Jahren 1994–1997 auch in der Bundesrepublik bestätigt werden (KREMER u.a. 1998). In den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, in denen immerhin 70–80 % aller Menschen mit Suchtproblemen mindestens einmal pro Jahr behandelt werden, kann die Hausärztin bzw. der Hausarzt bei entsprechender Diagnostik und motivierender Kurzbehandlung in 15–20 Minuten außerordentlich erfolgreich wirken. Die Behandlung setzt früh ein, sie wirkt für die meisten Patientinnen und Patienten wenig belastend und diskriminierend, sie ist hochgradig effektiv. Auf Grund dieser Erfahrungen hat die Bundesärztekammer die Fachkunde »Suchtmedizinische Grundversorgung« eingeführt mit dem Ziel, möglichst viele Ärztinnen und Ärzte in dieser Fachkunde auszubilden, umso zur Verbesserung der Suchtkrankenversorgung beizutragen.

Im Symposium »Suchtkrankenhilfe und Primärversorgung« haben Hüllinghorst und Kremer zur Bedeutung der Behandlung in der hausärztlichen Praxis und im Allgemeinkrankenhaus detailliert Stellung genommen. Sundermann hat in seinem Beitrag darauf hingewiesen, dass es für die Menschen mit Chronisch Mehrfachgeschädigter Abhängigkeit (CMA) erforderlich ist, vor Ort in den Kommunen eine Gesamtkonzeption zu entwickeln, damit die Daseinsvorsorge in der Kommune, die Suchtkrankenhilfe vor Ort und die zuständigen Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser integrativ zusammenwirken. Am Beispiel der Stadt Bochum konnte Sundermann zeigen, dass und wie ein solches Vorhaben gelingen kann.

Literatur

- KREMER G., DORMANN S., WIENBERG G., PÖRKSEN N., WESSEL T., RÜTER E.: Modellerprobungen: Konzeptionen, Ergebnisse und Bewertungen. Modellprojekt Bielefeld. In: BMG (Hrsg): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Bd. 106 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1998

Suchtkrankenhilfe und medizinische Primärversorgung

Georg Kremer

Die Prävalenz von Problemen mit Suchtmitteln in den Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung ist hoch

Zwei Studien aus Lübeck, die auf inneren und chirurgischen Abteilungen zweier Allgemeinkrankenhäuser durchgeführt wurden, ermittelten folgende Prävalenzen: AROLT, DRIESSEN und SCHÜRMANN (1) 9,0 % für Alkoholabhängigkeit und 5,5 % für Alkoholmissbrauch, JOHN, HAPKE, RUMPF et al. (2) (jedoch nur Altersgruppe 18–64) 12,7 % für Alkoholabhängigkeit und 4,8 % für Alkoholmissbrauch (zusätzlich 9,7 % Verdachtsfälle). Dabei sind die Ergebnisse der Studie von JOHN et al. als wesentlich aussagekräftiger einzustufen. Insbesondere spricht die Tatsache, dass alle Stationen des Allgemeinkrankenhauses (bis auf die Intensivstation) über einen Zeitraum von sechs Monaten erfasst wurden, für einen hohen Repräsentativitätsgrad in Bezug auf die untersuchte Altersgruppe. Aus anderer Sicht wird die Bedeutung von Alkoholproblemen für das Allgemeinkrankenhaus eindrucksvoll unterstrichen: Eine Analyse des Medizinischen Dienstes der Stadt Hamburg zu den psychiatrischen Krankenhausfällen der Jahre 1988 bis 1994 ergab, dass unter den acht Diagnosen mit dem höchsten Pflegetagvolumen in der inneren Medizin allein drei aufgeführt werden, die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen: Leberzirrhose, Alkoholabhängigkeit und Pankreaserkrankungen (3).

Auch in der ambulanten medizinischen Versorgung wurden in den vergangenen Jahren Prävalenzstudien durchgeführt. Die methodisch aufwändigsten und somit aussagekräftigsten Untersuchungen von JOHN et al. (2) und LINDEN et al. (4) weisen auf Prävalenzzahlen für Alkoholabhängigkeit von ca. 5–7 % hin. Aus beiden Untersuchungen geht hervor, dass dieser Rate für Alkoholabhängigkeit eine ähnlich hohe Rate für alkoholspezifische Diagnosen »unterhalb« der Abhängigkeitsschwelle – riskanter und schädlicher Gebrauch – hinzuzuzählen ist. Diese Daten belegen, dass die Hausarztpraxis als der quantitativ bedeutsamste Bereich für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen angesehen werden muss.

Was den Missbrauch/die Abhängigkeit von Alkohol anbelangt, übertrifft die Erreichungsquote von Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern diejenige der Suchtkrankenhilfe (incl. der Psychiatrie) um ein Vielfaches (vgl. Abb. 1).

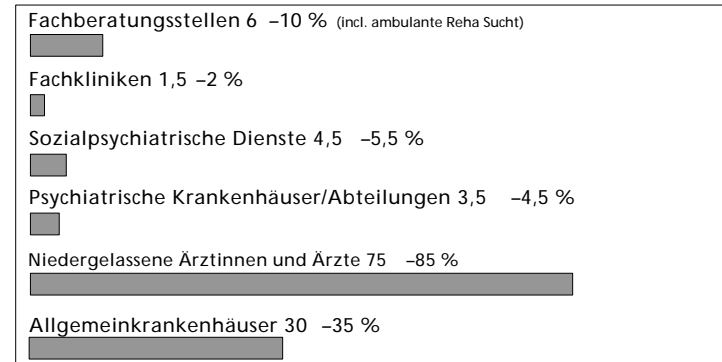


Abb. 1: Anteil der institutionellen 1-Jahres-Prävalenz an der Gesamtprävalenz der Alkoholabhängigen. Quellen: Wienberg G [5], Holz A [6]

Für Drogenmissbrauch und -abhängigkeit liegen leider keine vergleichbaren Prävalenzzahlen bzw. Daten zu Erreichungsquoten vor. Man kann allerdings davon ausgehen, dass die Prävalenzzahlen für die medizinische Basisversorgung niedriger ausfallen und die Erreichungsquote der traditionellen Suchtkrankenhilfe im Bereich der illegalen Drogen um einiges höher liegt.

Die Übernahme von suchtspezifischer Behandlungsverantwortung durch Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäuser ist notwendig

Im Jahre 1977 veröffentlichten EDWARDS et al. die erste wissenschaftliche Studie, die sich mit den therapeutischen Effekten kurzer Interventionen (in diesem Fall »advice« = Ratschlag) bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen befasste (7). Die Autoren kamen damals zu dem Schluss, dass kurze Interventionen unter bestimmten Voraussetzungen ähnlich effektiv sein können wie wochen- bzw. monatelange Behandlungen.

MILLER & ROLLNICK (8) führen eine Vielzahl von Untersuchungen zum Alkoholkonsum aus Kanada, England, Schottland, Neuseeland, Schweden, Norwegen, den USA sowie eine Multicenter-Studie der WHO an, die übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass relativ kurze Interventionen von einer bis zu drei Sitzungen im Hinblick auf eine Veränderung von Trinkgewohnheiten eine mit längeren Behandlungen vergleichbare Wirkung bzw. eine gegenüber keiner Behandlung überlegene Wirkung erzielen.

Mitte der 80er-Jahre etablierte sich im angelsächsischen Raum der Begriff »brief interventions« (Kurzinterventionen). Kurzinterventionen für die Beratung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen schienen insbesondere für den Einsatz in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern geeignet. Dies konnte in weiteren Studien eindrucksvoll belegt werden. Die Effektivität von Kurzinterventionen wurde v.a. am Kriterium »Reduktion der Alkoholmenge« belegt. Aber auch andere Messwerte, wie z.B. »Verbesserung der Blutwerte«, »Inanspruchnahme weiterführender Hilfen« oder »Krankenschreibungstage im Katamnesezeitraum« zeigten nach Kurzinterventionen z.T. deutliche Veränderungen. Eine ausführliche Zusammenfassung der wichtigsten Kurzinterventionsstudien, ihrer methodischen Designs, der Zielgruppen, Messwerte und Ergebnisse haben BIEN, MILLER & TONIGAN vorgelegt (9, vgl. auch 10, 11, 12).

In einer eigenen Untersuchung (13) wurden 1.221 Patientinnen und Patienten zweier Allgemeinkrankenhäuser bezüglich einer Alkoholproblematik befragt; 207 Patientinnen und Patienten wiesen einen riskanten oder schädlichen Gebrauch oder eine Alkoholabhängigkeit auf und erhielten eine alkoholspezifische Kurzintervention basierend auf dem Konzept des »motivational interviewing« (8); 161 Patientinnen und Patienten gaben ihr Einverständnis zu einer Nachbefragung. Nach zwölf Monaten konnten 114 Patientinnen und Patienten (70,8 %) bezüglich ihrer Trinkgewohnheiten nachbefragt werden. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der Alkohol-Trinkmenge um 46 %. Die Rate der Inanspruchnahme von weiterführenden Hilfen für Abhängigkeitskranke stieg von 19 % auf 33 % an. Die Häufigkeit alkoholbezogener Diagnosen verringerte sich signifikant. Der Zeitaufwand für die Interventionen betrug hier pro Patientin bzw. Patient durchschnittlich 36 Minuten. In einer vergleichbaren Studie von JOHN et al. (2) stieg im selben Katamnesezeitraum

die Rate der Inanspruchnahmen weiterführender Hilfen von 29 % auf 56 %.

BIEN et al. (9) fassen die Ergebnisse der Studien zu Kurzinterventionen in der medizinischen Versorgung zusammen: »Kurzinterventionen in Settings der medizinischen Versorgung wurden in 14 Ländern im Vergleich mit unbehandelten Kontrollpatienten getestet. Unter etwa einem Dutzend Studien, die eine Überweisung bzw. Vermittlung in spezialisierte Behandlungseinheiten zum Ziel hatten, zeigten Kurzinterventionen mit einer Ausnahme signifikante Effekte. Sieben von acht Studien, die vor allem die Reduktion des Alkoholkonsums oder alkoholassoziierter Probleme zum Ziel hatten, zeigten signifikant positive Ergebnisse. Die kurze Beratung muss als eine der potentesten Interventionsformen angesehen werden, die kosten-effektivste ist sie sicherlich ...«

ARNOLD, SCHMID & SIMMEDINGER (14) konnten zeigen, dass auch drogenabhängige Patientinnen und Patienten, die notfallmäßig in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen worden waren, nach einer kurzen Intervention (auf Basis des »motivational interviewing«) zu einer Problematisierung ihrer Konsumgewohnheiten bereit waren und die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen deutlich steigerten.

Kurzinterventionen verfolgen eine begrenzte Zielsetzung: *Veränderungsmotivation ermitteln, nach Möglichkeit stärken* und evtl. einen ersten *Veränderungsschritt vereinbaren*. Angestrebt wird ein auf die einzelnen Patientinnen und Patienten abgestimmter *gesünderer Umgang mit Suchtmitteln*. Das Interventionsziel ist jeweils im Einzelfall zu bestimmen. Für alle Patientinnen und Patienten gilt dabei das allgemeine Interventionsziel »Verringerung des Suchtmittelkonsums«. Dieses Interventionsziel kann sich äußerst vielfältig operationalisieren: z.B. Verringerung der täglichen Konsummenge, Verringerung der wöchentlichen Konsummenge, Verringerung der Konsumtage, Umsteigen auf andere (weniger schädliche) Substanzen u.v.m. In Einzelfällen kann die »Vermittlung zu weiterführenden Hilfen« (z.B. stationäre Entgiftung, Fachberatungsstelle, Psychotherapeutin bzw. -therapeuten) ein Interventionsziel sein. Letzteres gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten, die alkoholabhängig oder abhängig von illegalen Drogen sind. Doch auch für medikamenten- und nikotinabhängige Patientinnen und Patienten kann eine Vermittlung zu einer fachspezifischen Hilfe ange-

raten und sinnvoll sein. Hier besteht allerdings ein großer Nachholbedarf bei den Ärztinnen und Ärzten der medizinischen Basisversorgung. Sie wissen häufig nicht, welche suchtspezifischen Angebote in ihrer Region vorgehalten werden. Auch berufsständische Vorbehalte («Ich arbeite nur mit Ärztinnen bzw. Ärzten zusammen!») wirken sich oftmals negativ auf die Vermittlungshäufigkeit aus.

Kurze Interventionen, die auf einer motivierenden Grundhaltung beruhen und einige wenige Basisprinzipien der Gesprächsführung beachten, haben sich somit als ein probates und für die niedergelassene oder im Krankenhaus tätige Ärztin oder den Arzt lohnendes Mittel erwiesen, um den Suchtmittelproblemen der Patientinnen und Patienten zu begegnen. Die Potenz der Kurzinterventionen erweist sich insbesondere im Bereich der früh erkannten bzw. noch nicht abhängigen Patientinnen und Patienten.

Die Früherkennung und qualifizierte Beratung/Behandlung von Patientinnen mit Alkohol- und/oder Drogenproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern ist praktikabel und wird von den Patientinnen in hohem Maße angenommen

Erfahrungen aus verschiedenen Studien (2, 12, 15) zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich bereit sind, ihre Kompetenzen hinsichtlich Problemen mit Suchtmitteln zu verbessern und entsprechende Interventionen in ihre Behandlungsroutine zu übernehmen. Auch im Allgemeinkrankenhaus haben sich viele Stationsärztinnen und -ärzte an Maßnahmen der Früherkennung und Kurzintervention beteiligt. Darüber hinaus hat es sich hier als praktikabel und sinnvoll erwiesen, auf den Stationen einen »Suchtmittelliaisondienst« einzurichten.

Alle Studien zeigen, dass sowohl Patientinnen und Patienten der ambulanten als auch Patientinnen und Patienten der stationären medizinischen Versorgung in hohem Maße bereit sind, sich auf Suchtmittelprobleme ansprechen zu lassen und ihre Konsumgewohnheiten zu problematisieren.

Qualifikation (Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäuser) und Einstellung von Fachpersonal (Allgemeinkrankenhäuser) sollten in Zukunft die Qualität der suchtspezifischen Behandlung und ggfs. eine verbindliche Überleitung in das Suchthilfesystem gewährleisten

Zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten in suchtspezifischen Fragen hat die Bundesärztekammer 1998 die Fachkunde »Suchtmedizinische Grundversorgung« verabschiedet (16, 17, 18). Diese 50-stündige Weiterbildung, die prinzipiell allen Gebietsbezeichnungen offen steht, vermittelt Kenntnisse über Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Suchterkrankungen und bietet die notwendigen Voraussetzungen, um Kurzinterventionen bei Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Drogenproblemen qualifiziert durchführen zu können. Die Fachkunde wird erfahrungsgemäß von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erworben.

Im Allgemeinkrankenhaus reicht es nicht aus, das Stationspersonal in Suchtfragen weiterzubilden. Fachpersonal muss zur kontinuierlichen Sicherung eines Früherkennungs- und Kurzinterventionskonzepts eingestellt werden. Eigene Berechnungen auf Grund konkreter Erprobungen in Allgemeinkrankenhäusern (19) ergaben einen Bedarf von etwa einer vollen Stelle für 350 Betten. Das Fachpersonal übernimmt gleichzeitig eine Brückenfunktion zu den Angeboten der kommunalen Suchtkrankenhilfe.

Inwieweit unter der derzeit angespannten Finanzierungslage des ambulanten wie des stationären medizinischen Sektors eine inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung im oben genannten Sinne realistisch ist, vermag der Autor allerdings nicht zu beantworten.

Literatur

1. AROLT V, DRIESSEN M, SCHÜRMAN A. Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 1995; 63: 283-288
2. JOHN U, HAPKE U, RUMPF HJ, HILL A, DILLING H. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. In: BMG (Hrsg). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des BMG. Bd 71; Baden-Baden: Nomos. 1996
3. MAYLATH E, SEIDEL J. Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle

- in Hamburg 1988–1994 – Entwicklungstrends, Versorgungslücken und -perspektiven. Gesundheitswesen 1997; 59: 423–433
4. LINDEN M, MAIER W, ACHBERGER M, HERR R, HELMCHEN H, BENKERT O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Nervenarzt 1996; 67: 205–215
 5. WIENBERG G. Die vergessene Mehrheit heute – Zur Situation der Versorgung von Menschen mit Substanzproblemen in Deutschland. Vortrag Fachtagung »Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«. Bethel, Bielefeld. 2000
 6. HOLZ A, LEUNE J. Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht: Neuland. 1999
 7. EDWARDS G, ORFORD J, EGERT S, GUTHRIE S, HAWKER A, HENSMAN C, MITCHESON M, OPPENHEIMER E, TAYLOR C. Alcoholism: A controlled trial of »treatment« and »advice«. Journal of Studies on Alcohol 1977; 38: 1004–1031
 8. MILLER WR, ROLLNICK S. Motivational Interviewing. New York – London: The Guilford Press. 1991, Deutsche Ausgabe: Freiburg i. Br.: Lambertus. 1999)
 9. BIEN T, MILLER W, TONIGAN S. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction 1993; 88: 315–336
 10. RICHMOND R, HEATHER N, WODAK A, KEHOE L, WEBSTER J. Controlled evaluation for a general practice-based brief intervention for excessive drinking. Addiction 1995; 90: 119–132
 11. HEATHER N, ROLLNICK S, BELL A, RICHMOND R. Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. Drug and Alcohol Review 1996; 15: 29–38
 12. FLEMING MF, BARRY KL, MANWELL LB, JOHNSON K, LONDON R. Brief physician advice for problem drinkers – A randomized controlled trial in community-based primary care practices. Jama 1997; 277 (13): 1039–1045
 13. KREMER G, WIENBERG G, DORMANN S, WESSEL T, PÖRKSEN N. Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Sucht 1999; 45 (2): 80–88
 14. ARNOLD T, SCHMID M, SIMMEDINGER R. Suchthilfe im Krankenhaus. Band 120 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos 1999
 15. KREMER G, WIENBERG G, PÖRKSEN N. Patienten mit Alkoholproblemen beim Hausarzt. Münchener Medizinische Wochenschrift 1999; 141 (11): 133–136
 16. POEHLKE T, FLENKER I, FOLLMANN A, RIST F, KREMER G (Hrsg.). Suchtmedizinische Versorgung 1: Grundlagen der Behandlung. Berlin – Heidelberg – New York: Springer. 2000

17. POEHLKE T, FLENKER I, SCHLÜTER H-J, BUSCH H (Hrsg.). Suchtmedizinische Versorgung 2: Drogen. Berlin – Heidelberg – New York: Springer. 2000
18. POEHLKE T, FLENKER I, REKER M, REKER T, KREMER G, BATRA A (Hrsg.). Suchtmedizinische Versorgung 3: Alkohol – Tabak – Medikamente. Berlin – Heidelberg – New York: Springer. 2000
19. PÖRKSEN N, WIENBERG G, KREMER G, DORMANN S, WESSEL T. Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.). Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus. 1997

Suchtcrankenhilfe und Primärversorgung - Zur Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker

Eckhard Sundermann

Schon vor 25 Jahren hob die Psychiatrie-Enquete als besonders unterversorgte Gruppe die Suchtcranken hervor und auch heute noch ist festzuhalten, dass die Versorgung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken meilenweit hinter der inzwischen wesentlich verbesserten Versorgung chronisch psychisch Kranker hinterherhinkt. Betroffen davon sind ca. 400.000 Bürgerinnen und Bürger, von denen jährlich 18.000–20.000 an ihrer Suchtcrankung sterben.

Es handelt sich dabei um Menschen, die gekennzeichnet sind durch massive körperliche, seelische und soziale Beeinträchtigungen, »unattraktive«, wenig motivierte, ihre eigenen Rechte kaum wahrnehmende, rückfallgefährdete bzw. – erprobte, isoliert lebende, häufig verwahrloste, oft auch wohnungslose, »multiproblembehaftete« Menschen.

Es gibt Gründe für die extrem schlecht entwickelte Versorgungsstruktur:

Die Suchtcrankenhilfe hat die wesentlichen Ideen der Psychiatrie-Enquete zumindest in den ersten 10–15 Jahren nicht oder nur ganz sporadisch aufgenommen. Konzepte gemeindenaher oder gemeindebezogener Versorgungsstrukturen, die Diskussion über Pflichtversorgung, Gehstruktur oder multiprofessionelle Teams – handlungsleitende Schlagworte in der Allgemeinpsychiatrie – sind der Suchtcrankenhilfe unvertraut gewesen. Sie hat sich stattdessen auf die Entwicklung fachlich hoch qualifizierter und effektiver therapeutischer und rehabilitativer Verfahren beschränkt. Dies war sicherlich auch notwendig, aber in dieser Ausschließlichkeit fast fatal. Das alles dominierende Abstinenzparadigma in der Suchtcrankenhilfe hat den Blick verengt. Die Nichtmotivierten, also die Mehrheit der Abhängigen, wurde nicht oder nur unzureichend wahrgenommen und damit ausgegrenzt.

Die institutions-, zielgruppen- bzw. problembezogene Organisation von Hilfen im medizinischen und psychosozialen Hilfesystem hat die notwendige ganzheitliche, umfassende Wahrnehmung chro-

nisch mehrfachbeeinträchtigter Menschen und die daraus folgenden notwendigen, auf einander abgestimmten Hilfen verhindert. Eine politische Diskussion mit dem Ziel der Verantwortungsübernahme der Politik für die Daseinsvorsorge auch ihrer suchtkranken Bürgerinnen und Bürger und das Reklamieren dafür notwendiger Finanzmittel hat so gut wie nicht stattgefunden.

In den letzten zehn Jahren ist allerdings durch die Thematisierung der sog. »vergessenen Mehrheit« Bewegung in die Suchtcrankenhilfe gekommen. Erste Schritte sind gemacht. Entsprechende Konzepte sind erarbeitet und modellhaft erprobt worden. Notwendigkeiten und Ziele der Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker können nun benannt werden. Die entsprechenden Erfahrungen liegen vor. Die wesentlichen Punkte für eine angemessene Versorgung dieser Zielgruppe können im Folgenden benannt werden.

Die Suchtcrankenhilfe inklusive Drogenhilfe hat sich die Grundprinzipien psychiatrischer Versorgung wie Regionalisierung, Sektorprinzip, Versorgungsverpflichtung, Koordination und verbindliche Kooperation anzueignen und mit den von ihr entwickelten fachlich hoch qualifizierten Hilfen zu verbinden.

Die Sichtweise von Abhängigkeit hat sich vom Primat der Abstinenz zu lösen. Das lineare Modell der Behandlung und Rehabilitation ist durch ein zirkuläres, diskontinuierliches Prozessmodell mit einer neuen Zielhierarchie zu ersetzen. Vorrangigstes Ziel jeder Hilfe muss die Sicherung des Überlebens sein. Sicherung eines möglichst gesunden Lebens, Reduzierung der Trinkmengen, Verlängerung alkoholfreier Perioden, dauerhafte Abstinenz und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit wären weitere Teilziele.

Die Organisationsstrukturen sind zu verändern. Vorrangig dabei ist die Umstrukturierung und der Ausbau vorhandener Dienste zu multiprofessionell besetzten *Basisteams*, die:

- Versorgungsverpflichtung in einem festgelegten Sektor übernehmen,
- mobil aufsuchend nachgehend arbeiten,
- einen Bereitschaftsdienst zur Krisenintervention vorhalten,
- die unterschiedlichen Anforderungen medizinischer, therapeutischer, sozialpädagogischer, pflgerischer und ergotherapeutischer Hilfen in sich vereinigen und damit ganzheitliche Hilfen

erst möglich machen und eine niedrighschwellige Zugangsmöglichkeit in Form von Kontaktstellen schaffen.

Gerade für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke sind personenbezogene Ansätze zu forcieren, die die versäulten, institutionsbezogenen Hilfesysteme mittels verbindlicher Kooperation zu einer ressourcenorientierten, aufeinander abgestimmten Hilfeebringung veranlassen. Besonders zu nennen sind die enge Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und Drogenhilfe, Wohnungslosenhilfe und Betreuungswesen, aber auch Medizin, hier vor allem die niedrighschwellig stationären qualifizierten Entgiftungsstationen. Die dafür notwendigen Methoden stehen zur Verfügung. Zum einen eine konsequente integrierte Hilfeplanung mit verbindlichen Aufgabenzuweisungen und zum anderen ein Case Management zur Anbindung der Klientinnen und Klienten an das Hilfesystem und zur Koordination und Kontrolle der verschiedenen Hilfeebringungen. Auf dieser Basis hat der weitere Ausbau und eine notwendige Differenzierung der Hilfeangebote zu erfolgen, dies auf den von der Expertenkommission 1988 benannten Ebenen: Behandlung, Pflege, Rehabilitation, Wohnen, Arbeit, Kontaktstiftung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die gerade in der Suchtkrankenhilfe traditionell sehr gut ausgebaute Selbsthilfe ist dabei zu unterstützen, sich auch den chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken zuzuwenden. Dabei ist aber die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit der Selbsthilfegruppen unbedingt zu beachten.

Die politische Verantwortung für die Daseinsvorsorge aller Bürgerinnen und Bürger – tragender Grundsatz der kommunalen Selbstverwaltung – ist mit Vehemenz gerade für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Bürgerinnen und Bürger einzufordern. Nur mit einem eindeutigen Ja der politischen Entscheidungsträger kann es gelingen, angemessene gemeindeintegrierte Hilfeangebote zu entwickeln und damit auch den chronisch mehrfach beeinträchtigten abhängigkeitskranken Bürgerinnen und Bürger die Integration in die Gemeinde und ein Leben in Zufriedenheit zu ermöglichen.

Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung

Einleitung

Peter Kruckenberg

Der Titel »Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung« stellt die Frage, ob die Steuerung des Gesundheitswesens ganz auf der Linie aktueller neoliberaler gesundheitsökonomischer Trends im Sinne von zunehmender Deregulierung, Wettbewerb, Wahlfreiheit, Ausbau von Selbstbeteiligung u.a. wirksam erfolgen kann oder ob nicht doch oder sogar vermehrt bedarfsorientierte, »regulierende« Steuerung erforderlich ist.

Die Erfahrungen der Psychiatrie sind, dass angebotsorientierte Leistungserbringung ohne verbindlich kontrollierte regionale Versorgungsverpflichtung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich dazu führen, dass leichter psychisch kranke Menschen (eher zu) aufwändig, dagegen schwerer oder chronisch Kranke notdürftig oder gar nicht versorgt werden und dass im »gedeckelten« Wettbewerb die Benachteiligung psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken wieder zunimmt.

Martin Pfaff liefert einen theoretischen Diskurs über widersprüchliche gesundheitsökonomische Positionen. Ausgehend von dem »einfachen Kompass« für ein soziales Sicherungssystem, der Verbindung von Bedarfsprinzip und Solidaritätsprinzip, kommt er zu dem Ergebnis, dass ungesteuerte Marktmechanismen, die diesen Kompass verlieren, zu Verteuerung und weniger Effizienz führen, wie in anderen Ländern zu beobachten ist.

Gerd Glaeske veranschaulicht, dass die medizinische Versorgung kein »normales Markgeschehen« widerspiegelt. Er verdeutlicht, dass Marktmechanismen im medizinischen Versorgungssystem entgegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV zu Fehlsteuerung führen und fordert Leitlinien und Qualitätssicherungsstrategien sowie pauschalierende Entgeltsysteme, um zu einem bedarfsorientierten Wettbewerb mit »Effektivität und Effizienz« zu kommen.

Peter Kruckenberg knüpft an Vorarbeiten der AKTION PSYCHISCH KRANKE an und zeigt, dass der bedarfsnotwendige Wandel von institutions- zu personenzentrierten regionalen psychiatrischen Hilfesystemen durch das ineinander greifen komplexer Steuerung auf der Arbeitsebene, der Leistungserbringerebene und der Finanzierungsebene erfolgen kann.

Die Rahmenbedingungen hierfür würden durch ein »mutiges SGB IX« deutlich verbessert werden können.

Zukunft des Gesundheitswesens: Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung?

Martin Pfaff

In der Politik im Allgemeinen und in der Sozialpolitik im Besonderen haben sich die einzelnen Funktionsbereiche des Staates zu hochspezialisierten Systemen ausgebildet. Für Reformen und Weiterentwicklungen dieser Systeme, in unserem Fall des öffentlichen Gesundheitswesens, bedarf es klarer Zielvorgaben, anhand welcher Reformmaßnahmen eingeordnet und bewertet werden können. Diese Zielvorgaben sind politische Zielvorgaben: Sie gleichen einem Kompass, der die Richtung vorgibt. Für die sozialen Sicherungssysteme existiert ein verblüffend einfacher Kompass, der von den Gründervätern und -müttern dieser Systeme vorgegeben wurde. Für die gesetzliche Krankenversicherung besteht dieser Kompass aus zwei einfachen, aber wesentlichen Prinzipien und drei Nebenbedingungen.

Erstes Prinzip: Das *Bedarfsprinzip* der Inanspruchnahme

Dieses Prinzip bedeutet, dass jeder Mann, jede Frau und jedes Kind im Krankheitsfall Leistungen nach dem Bedarf und nur nach dem Bedarf in Anspruch nehmen kann. Es ist nach diesem Prinzip auszuschließen, dass der Leistungszugang durch den Umfang der Geldbörse bestimmt wird. Daher sind Steuerungsinstrumente, die beim Preis ansetzen, wie z.B. Zuzahlungen, nach dem Bedarfsprinzip zu hinterfragen.

Zweites Prinzip: Das *Leistungsfähigkeitsprinzip* der Finanzierung

Für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, heißt dieses Prinzip, auch Solidarprinzip genannt, dass diejenigen mit den »breiteren Schultern« bei gleichem Beitragssatz für dieselben Leistungsansprüche einen absolut höheren Beitrag zahlen als jene mit »schmäleren Schultern«. Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der sozialen Sicherung verletzen eigentlich dieses Prinzip. Es stellt sich somit die Frage: Wo beginnt und wo endet Solidarität?

Betrachtet man beide Seiten in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Leistungs- und die Finanzierungsseite, dann stehen Jung für Alt, Mann für Frau – je nach Erwerbstätigkeit auch umgekehrt –, Alleinstehende für Familien mit Kindern und wirtschaftlich Stärkere für wirtschaftlich Schwächere ein: Die Verteilungswirkungen sind sehr viel positiver zu beurteilen, als wenn man nur die Verteilungswirkung der Finanzierungsseite betrachtet. Diese Grundprinzipien bilden den originären, sozialpolitischen Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben diesen lauten die drei Nebenbedingungen:

1) Sachleistungsprinzip

Leistungen können – und sollten – in der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar in Anspruch genommen werden können, ohne in Vorleistung gehen zu müssen. Im Gegensatz hierzu kann es in der privaten Krankenversicherung durchaus sinnvoll sein, Vorleistungen einzufordern, beispielsweise in Form der Kostenerstattung.

2) Gehobener Standard

Obwohl die Konstruktionsprinzipien unserer gesetzlichen Krankenversicherungen unter Verteilungsgesichtspunkten kritikfähig und kritikwürdig sind, erfolgt im Vergleich – beispielsweise zu Großbritannien – die Absicherung in Deutschland auf einem sehr viel höheren Niveau: Dort sind private Zusatzversicherungen angeraten, um nicht im Public Health Service vorgesehene Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen. In der GKV dagegen wird ein gehobener Standard für alle sichergestellt.

3) Wirtschaftlichkeitsgebot

Diese Bedingung ergibt sich aus der Selbstverständlichkeit, dass mit Zwangsbeiträgen von Versicherten sparsam umzugehen ist.

Der Titel des diesem Artikel zugrunde liegenden Diskussionsforums lautet »Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung?« Dies ist – zumindest aus Sicht des Ökonomen – interpretationsfähig und provokativ. Im Bereich der angebotsorientierten Wirtschaftspolitik ist die Politik gefordert,

Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Leistungserbringer, die Produzenten im Markt motiviert, zu investieren. Hierdurch sollen wiederum Arbeitsplätze geschaffen und die Konjunktur und das Wachstum belebt werden. Die Namen, die mit dieser Politikrichtung gemeinhin verbunden werden, lauten Reagan und Thatcher. Aber auch in Deutschland hatten und haben wir im Ansatz entsprechende Protagonisten. Die angebotsorientierte Wirtschaftspolitik kann sinnvoll sein, vor allem wenn in Ländern – wie damals in den USA von Ronald Reagan, oder auch im England von Margaret Thatcher – überalterte Produktionsstrukturen vorliegen. In der Bundesrepublik Deutschland jedoch sehe ich die stagnierende Binnennachfrage nach Gütern und Dienstleistungen als eine der Hauptursachen für die mangelnde Belebung der Wirtschaft und damit die mangelnde Beschäftigung. Damit ist eine der möglichen Motivationen für eine angebotsorientierte Politik nicht gegeben. Wenn man die Begriffe Angebots- und Nachfragepolitik – welche zweifellos einen wichtigen Stellenwert einnehmen – auf das Gesundheitswesen anwendet, ergibt sich der Blick auf verschiedene Steuerungsinstrumente: So kann beispielsweise zwischen *marktmäßiger Steuerung über Anreizfunktionen* und so genannten *administrativen Lenkungenfunktionen* unterscheiden. Unter *marktmäßigen Steuerungselementen über Anreizfunktionen* wird verstanden:

- a) Wettbewerb der Krankenversicherungsträger mit Wahlfreiheit der Versicherten
- b) Ausbau von Selbstbeteiligung, Selbstbehalten
- c) Risikoäquivalente Beiträge, ähnlich wie in der PKV
- d) Flexibilisierung des Beitrags- und Leistungswesens
- e) Aufhebung der Einschränkung oder gar Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages
- f) Abbau des Leistungskatalogs auf das existenziell Notwendige, also die Idee der Basisversorgung

In diesem Kontext definiert sich Sozialpolitik »für die wirklich Bedürftigen«: Sozialleistungen sind auf Untergruppen einzuschränken und nicht auszuweiten auf die gesamte Bevölkerung oder auf einen großen Teil von ihr. Unter *administrativen Lenkungenfunktionen* wird verstanden

- a) Budgetierung der Ausgaben
- b) Bedarfsplanung für das Leistungsangebot

- c) Abbau von Überkapazitäten oder auch Bereinigung von Unterkapazitäten. (Im Kontext von Psychiatrie ist sicherlich in wesentlichen Bereichen Unterversorgung Realität)
- d) Preisfestlegung;
- e) Mengengrenzung durch den Staat oder in Verträgen
- f) Reform des Honorierungs- und Vergütungssystems

Die Administration oder der Staat arbeiten Hand in Hand mit dem »Markt« und ordnen oder lenken ihn mit den beschriebenen Instrumenten. Thematisiert man eine nachfrage- und angebotsorientierte Steuerung, so setzt sich die *Nachfrageseite* aus folgenden Elementen zusammen:

- a) Ausweitung der Selbstbeteiligungsformen
- b) Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen
- c) Kostenerstattung
- d) Prävention
- e) Gesundheitserziehung
- f) Früherkennung
- g) Information
- h) Mehr Wahlfreiheit

Im Fall der *angebotsorientierten Steuerung* ist zwischen Makro- und Mikroebene zu unterscheiden. Aspekte der *Makroebene*:

- a) Stärkung der Budgetierung
- b) Kontrolle der Angebotskapazität
- c) Steuerung der Arztzahlen
- d) Steuerung der Krankenhauskapazität
- e) Abbau von Über- und Unterversorgung
- f) Finanzielle Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten
- g) Engere Verzahnung der Leistungsbereiche

Die *Mikroebene* umfasst Elemente der Mengen- und Preisteuerung. Zudem spielt die Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen eine Rolle. Neben diesen gängigen Klassifikationen existieren noch weitere wie beispielsweise Input- oder Output-Steuerung – je nachdem, ob man beim Ressourceneinsatz oder bei der Versorgungsleistung direkt ansetzt. Bewertet man die beschriebenen Mechanismen anhand des eingangs beschriebenen sozialpolitischen Kompasses, so sind folgende Themen näher zu beleuchten:

- Selbstbeteiligung
- Kostenerstattung
- Einfrieren von Arbeitgeberbeiträgen
- Abschaffung des Sachleistungsprinzips

Diese Instrumente sind für eine soziale Krankenversicherung, die den eingangs beschriebenen politischen Vorgaben folgen soll, eindeutig kontraproduktiv. Schwieriger fällt die Beurteilung der Rolle des *Wettbewerbs* in einer sozialen Krankenversicherung. Denn Wettbewerb ist kein konstitutives Element einer sozialen Krankenversicherung, existierte jedoch in der Praxis schon immer. Wahlfreiheit bedingt Wettbewerb, ob gewollt oder nicht. Die Politik unterstützt mehr Wettbewerb. In Lahnstein wurde Entsprechendes verabschiedet. Es war nicht hinnehmbar, dass Arbeiter weniger Wahlmöglichkeiten haben sollten als Angestellte. Diese »klassische« Abstufung wurde spätestens durch die gesellschaftliche Entwicklung und den technischen Fortschritt überholt. Eine Ausweitung der Wahlmöglichkeiten bedingt natürlich auch eine Verschärfung des Wettbewerbs. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen Wettbewerb stattfindet. Selbstverständlich muss Chancengleichheit gewährleistet sein. Wettbewerb darf nicht in der Form stattfinden, dass sich eine Gruppe auf das »Rosenpicken« konzentrieren kann und andere Gruppen diese Möglichkeit nicht besitzen. Wettbewerb ist somit dort sinnvoll, wo er die originären Ziele einer sozialen Krankenversicherung nicht verletzt. Bei gerechter Ausgestaltung bietet der Wettbewerb vielmehr auch Chancen. Um zu verhindern, dass Versicherte mit ihren Beiträgen überhöhte Preise zahlen, ist es durchaus sinnvoll, Wettbewerb bei Vorherrschen monopolistischer und oligopolistischer Strukturen zuzulassen. Auch die europäische Entwicklung bietet in diesem Zusammenhang Chancen für die Versicherten. Solange die vom sozialpolitischen »Kompass« vorgegebene Richtung nicht verletzt wird, ist Wettbewerb als Instrument durchaus akzeptabel. Dabei müssen aber die Wettbewerbsformen genauer geprüft werden: Wenn diese den Vorgaben der sozialen Krankenversicherung nicht entsprechen, so ist eine Umsetzung nicht sinnvoll.

Preise sind kein originäres Steuerungselement in der sozialen Krankenversicherung. Als Beispiel sei die diagnosebezogene *Fallpauschale* im Psychiatriebereich angeführt. Dieser Bereich wurde bei

der Gesundheitsreform 2000 ausgeklammert. Obwohl einflussreiche Stimmen Gegenteiliges behaupten, können Fallpauschalen nur bei homogenen Krankheitsbildern angewendet werden. Sind die Krankheitsbilder stark differenziert und von Mensch zu Mensch individualisiert, ergeben sich automatisch Einschränkungen. Nicht die Fallpauschalen an sich sind problematisch, sondern deren Berechnung. Voraussetzung für eine adäquate Berechnung ist eine ausreichende Zahl von Fällen, die ausschließlich innerhalb eines Aggregats variieren.

Es existieren Beispiele innerhalb des Gesundheitswesens für zu hoch angesetzte Fallpauschalen, die zu einer erheblichen Leistungsausweitung geführt haben. Meist werden Fallpauschalen allerdings zu niedrig berechnet und verursachen dadurch massive Probleme. Sind die Fälle nicht homogen und kann demnach keine sinnvolle Gruppierung vorgenommen werden, sollte man von Fallpauschalen generell absehen. *Preise steuern Verhalten auf der Ebene der Leistungserbringer*. Das ist positiv zu bewerten. Empirische Analysen aus der Gesundheitsökonomie belegen diesen Zusammenhang im internationalen Bereich. In Deutschland wird Verhalten der Leistungserbringer beispielsweise durch Veränderung der relativen Punktzahlen im EBM, durch die Berechnung der einzelnen Vergütungen im ambulanten Bereich und durch veränderte Preise im Krankenhausbereich gesteuert. Betrachtet man dagegen die *Wirkung von Preisen auf das Verhalten der Nachfrage- und Inanspruchnahmeseite*, also die Frage, auf welche Weise sich die Selbstbeteiligung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirkt, so werden viele für sie Erstaunliches feststellen. Eine Reihe von ökonomischen Untersuchungen zeigt nämlich, dass die Höhe der Selbstbeteiligung entgegen den Erwartungen die Nachfrage wenig oder überhaupt nicht steuert. Warum, das kann aus der Sicht des Wissenschaftlers beantwortet werden: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch den nachgefragten *Bedarf* oder durch den Bedarf, den der Experte beurteilt, beeinflusst – viel weniger durch den Preis. So wird beispielsweise eine Touristin bzw. ein Tourist im Ausland im Fall eines bevorstehenden Blinddarmdurchbruchs durchaus bereit sein, einen völlig überhöhten Preis für die lebensnotwendige Operation zu zahlen. Offensichtlich steuert der Preis das Verhalten, aber entgegen den Aussagen der Marktökonomien. Menschen reagieren vor allem bei niedrigem Einkommen stärker auf

Preisveränderungen, d.h. die Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist gering, aber umso größer, je geringer das Einkommen ist. Ignoriert man diesen Effekt, stellt man die soziale Krankenversicherung grundsätzlich in Frage. *Die Selbstbeteiligung sollte sozial angemessen ausfallen*. Eine höhere Selbstbeteiligung führt nicht automatisch zum gewünschten Ergebnis. Sie existiert beispielsweise im Bereich des Zahnersatzes und besitzt einen gewissen Einfluss. Soll jedoch eine höhere Selbstbeteiligung auf das gesamte medizinische Spektrum ausgedehnt werden, etwa auf die Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung oder der Psychiatrie, so steht dies im völligen Widerspruch zur originären Zielsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es sind gerade die Kranken und nicht die Gesunden, es sind die Arbeitnehmerinnen sowie Arbeitnehmer und nicht die Arbeitgeber, welche die Selbstbeteiligung bezahlen. Offensichtlich können Preise nur bedingt die Nachfrage steuern und besitzen daher einen untergeordneten Stellenwert.

Wahlmöglichkeiten sind ein integraler Bestandteil einer freiheitlichen Gesellschaft

Wie sind *Wahltarife* anzuwenden? Wahltarife entsprechen unterschiedlichen Leistungspaketen. Folglich dürften umfangreiche und daher teure Leistungspakete eher von finanziell potenten Kundinnen und Kunden in Anspruch genommen werden, magere Pakete eher von Kundinnen und Kunden mit begrenztem finanziellen Spielraum. Dies führt zu einer sozialen Selektion, welche die Grenzen des Wettbewerbs aufzeigt. Der Wettbewerb zwischen den Kassen existiert bereits. Ziel muss ein Leistungs-, Service- und Innovationswettbewerb sein. Das entspricht der Grundintention des Risikostrukturausgleichs als Element der Wettbewerbsordnung. Ich plädiere grundsätzlich gegen die Zulassung von Wahlpaketen in einer sozialen Krankenversicherung. Gesetzlich den Fall, das einfachste Paket erfüllt bereits die Kriterien Notwendigkeit, Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit und andere Pakete enthalten umfangreichere Leistungen, entsteht dadurch zwar kein großer sozialer Schaden – aber ein erkennbarer Nutzen für das gesamte Gesundheitswesen ist ebenfalls nicht vorhanden. Schon heute kann jeder Versicherte, der willens und in der Lage ist, Wahlleistungen über die PKV zusätzlich zum Angebot der GKV einkaufen. Es scheint vielmehr das Ziel der For-

derung nach Wahlfreiheit zu sein, das Niveau des Leistungskatalogs langfristig zu senken. Jeglicher technischer Fortschritt würde ausschließlich in die Wahl- und nicht in die Regelleistungen fließen. Zudem würden GKV-Versicherte mit ihren Zwangsbeiträgen angebotene Wahlleistungen mitfinanzieren, die sie selbst nicht wollen. Um dies zu vermeiden, müsste eine PKV-Abteilung in die GKV eingegliedert werden. Dies hätte jedoch keinen erkennbaren Nutzen, denn eine PKV gibt es bereits.

Ein weiterer Aspekt ist die *Kostenerstattung*. Sie ist sinnvoll für einen privat Versicherten, der für eine Leistung einen Preis zahlt. Sind seine Kosten tatsächlich geringer und stellt er das z.B. am 30. November fest, besteht für ihn die Möglichkeit, die Kosten im Dezember selbst zu tragen und sich am Ende des Jahres das Äquivalent von ein oder zwei Monatsbeiträgen erstatten zu lassen. In der PKV ist dies das gute Recht jedes Versicherten. In der GKV benötigt man jedoch die starken Schultern, um die Schwächeren zu entlasten. Entlastet man jedoch die starken Schultern, d.h. die »guten Risiken«, wie die Jungen, die Gesunden, die Männer und die Alleinstehenden, z.B. durch Beitragsrückerstattung, so muss der allgemeine Beitragssatz für alle angehoben werden. Bei der Kostenerstattung sind drei Effekte relevant:

1. Der Informationseffekt – Tatsächlich sind die Kostenerstattungsversicherten etwas besser informiert als die anderweitig Versicherten.
2. Die Kontrollfunktion der kassenärztlichen Vereinigung – Die Kontrollfunktion der kassenzahnärztlichen Vereinigung wird im Übrigen regelmäßig unterlaufen.
3. Die unvollständige Kostenrückerstattung – Im Regelfall bekommt der Versicherte nicht den kompletten Betrag zurückerstattet. In der Praxis entarten diese Systeme. Es entsteht eine variable Form der Zuzahlung, berechnet nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass unser Kompass, der Kompass der GKV, eine einfache Beurteilung solcher Vorschläge ermöglicht:

1. Wettbewerb bietet Chancen – Einzelne Ausformungen des Wettbewerbs konterkarieren allerdings die sozialpolitischen Ziele der GKV.

2. Preissteuerung sollte ausschließlich dort zum Einsatz kommen, wo homogene Krankheitsbilder vorhanden sind. Das ist z.B. im Krankenhausbereich der Fall. In der Psychiatrie hingegen muss der Beweis erst noch erbracht werden. Der Gesetzgeber war dort bekanntlich sehr vorsichtig.
3. Preise steuern vor allem auf der Leistungserbringerebene, und zwar drastisch. All diejenigen, die sich z.B. für Honorierungsschemata im Krankenhaus und im ambulanten Bereich eingesetzt haben, tragen eine hohe Verantwortung, wenn derartige Veränderungen die Rahmenbedingungen steuern.

Fazit

Wird die Marktsteuerung als Alternative betrachtet, so kommt man zu dem Ergebnis, dass dieser Weg zu Verteuerung und zu weniger Effizienz führen würde. Die Realität in den Ländern, die diesen Weg bereits beschritten haben, belegt weder geringere Gesundheitsausgaben, noch effizientere Strukturen, noch notwendigerweise höhere Qualität. Eher trifft das Gegenteil zu. Diese vielfach dokumentierten Erkenntnisse sollten uns leiten, wenn wir über zukünftige Formen der Steuerung – insbesondere aber auch der Finanzierung – der psychiatrischen Versorgung in Deutschland reden.

Gesundheitssystem heute – Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung?

Gerd Glaeske

Einleitung

Es ist schon überraschend: Seit einigen Jahren wird in einer breiten Öffentlichkeit, unter Expertinnen und Experten wie unter Patientinnen und Patienten, über die Bezahlbarkeit der medizinischen Versorgung in der Gegenwart und noch mehr der Zukunft mit einem Unterton diskutiert, der geradezu anklagt, dass ökonomische Überlegungen überhaupt bei der Behandlung von Krankheit eine Rolle spielen. Dabei stehen meist die in der Kritik, die Ziele wie Effizienzoptimierung oder Nutzung von Rationalisierungsreserven in den Vordergrund stellen, Begriffe, die in marktwirtschaftlich orientierten Unternehmen ihre Bedeutung haben mögen, nicht aber in einem System zur Versorgung Kranker – hier wird vielmehr immer der Altruismus der (Be-)Handelnden beschworen, die doch kein anderes Ziel haben, als Patientinnen und Patienten von ihren Leiden zu befreien. Vergessen wird dabei allerdings, dass Ausgaben in unserem Gesundheitssystem, die für die Behandlung anfallen, immer auch Einnahmen sind für diejenigen, die behandeln. Damit wird ein Zusammenhang verdeutlicht, der erklärt, warum in der medizinischen Versorgung auch über der Medizin ferne Einflüsse nachgedacht werden muss, die eine nicht unerhebliche Bedeutung für die Patientinnenversorgung entwickeln können. Das Schlagwort von der angebotsorientierten Nachfrage in unserem Gesundheitssystem hat hierin sicherlich seinen Ursprung, weil ein marktwirtschaftlich orientiertes Angebot keineswegs immer mit dem wirklichen Bedarf für medizinische Versorgung übereinstimmen muss – aus Gewinnstreben wird vieles angeboten, notwendig im Sinne des Bedarfs ist aber längst nicht alles, was in unserem Gesundheitssystem angewendet wird. Daher muss nach Interessen gefragt werden, die bei Anbietern von Leistungen und bei den Empfängern, bei den Patientinnen und Patienten also, ganz anders gelagert sein können: Während bei den Patientinnen und Patienten der Wunsch nach einer bedarfsgerechten und ihrem Krankheitsproblem angemessenen Versorgung

vorherrschte, könnten die Anbieter geneigt sein, zusätzlich zu einem Behandlungsauftrag auch eine marktwirtschaftlich orientierte Gewinnmaximierung zur Motivation ihres Handelns zu machen – ein Eindruck, der bei manchen privatärztlich abzurechnenden Leistungen wie der Durchführung eines – zumeist überflüssigen Vitaminstatus oder der unnötig häufigen Sonographie bei Schwangeren («Babyfoto») entstehen kann. Warum diese widersprüchlichen Erwartungen und Interessen auftreten und wie sie zum Schutz der Patientin und des Patienten gelöst werden können, kommt in einer Anekdote zum Ausdruck, die M. Arnold ab und an erzählt und in der die besondere Beziehung zwischen Ökonomie und Medizin anschaulich wird: »Ein ansonsten gesunder Patient verschluckt sich bei einem Fischessen, und so kommt eine große Gräte in seinen Schlund, die er nicht selbst beseitigen kann. Das bringt ihn in höchste Not. Er wird zu einem Arzt gebracht, und dieser vermag mit einer Pinzette die Gräte rasch und sicher zu entfernen. Auf die Frage des erleichterten Patienten, was er für die Leistung zu bezahlen habe, entgegnet der Arzt: »Geben Sie mir die Hälfte von dem, was Sie mir geben wollten, als die Gräte noch in Ihrem Schlund steckte.« (7) Und Arnold liefert auch einige Feststellungen mit, die sich an diese Geschichte knüpfen lassen:

- »Der Arzt hat dem Patienten ohne jede Vorbedingung geholfen. Er hat insbesondere nicht vor seinem Handeln in Erfahrung zu bringen gesucht, wie es um die wirtschaftliche Situation des Patienten bestellt ist und ob er die Leistung bezahlen kann.
- Der Patient geht in aller Selbstverständlichkeit davon aus, dass die Leistung des Arztes eine Dienstleistung ist, die honoriert werden muss.
- Der Arzt unterstellt, dass die Opportunitätskosten für den Patienten im Augenblick der Gefahr anders sind, als nachdem die Gefahr überwunden wurde.
- Der Arzt hat nicht seine Monopolstellung und die prekäre Lage des Patienten ausgenutzt, um ihm vor dem Eingriff einen Preis zu diktieren. Er überlässt es im Gegenteil dem Patienten, zu entscheiden, wie viel ihm die Leistung wert ist.«

Zur Organisation unseres Gesundheitssystems

Schon diese kurze Interpretation zeigt, dass die medizinische Versorgung kein »normales« Marktgeschehen widerspiegelt, wie es zwischen einem Händler und einem Kunden üblich ist. In einem Markt werden Angebote zu Preisen feilgehalten, die der Hersteller nach den Marktgegebenheiten festlegt. Kunden können diese Angebote nachfragen, wenn sie den jeweiligen Preis zahlen können oder zu zahlen bereit sind. Unser sozialstaatlich organisiertes Gesundheitswesen hat diese Form des Marktgeschehens, in dem Patientinnen und Patienten je nach Zahlungswilligkeit oder -möglichkeit behandelt werden, abgeschafft – es existiert am ehesten noch in den privaten Krankenkassen im Rahmen unterschiedlicher Beitragstarife. Mit der gesetzlichen Krankenversicherung wurde vielmehr über einkommensabhängige Beitragszahlungen ein von der Kaufkraft unabhängiger Leistungsanspruch aller Versicherten eingeführt. Dieser allgemeinen Absicherung stehen allerdings Rahmenbedingungen gegenüber, die durch das 5. Sozialgesetzbuch (SGBV) definiert sind und mit denen die Entscheidungsautonomie der Leistungsanbieter einerseits und der Patientinnen und Patienten andererseits eingeschränkt und die Leistungsansprüche beschrieben werden. So heißt es im § 12 des SGBV: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« Im § 2 wird für die Leistungen in der GKV gefordert: »Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.«

Und im § 70 heißt es, quasi zusammenfassend unter der Überschrift »Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit«: »Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf

eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.« In all diesen Vorschriften des SGBV werden Anforderungen der ökonomischen Behandlungen (Wirtschaftlichkeitsgebot) mit denen der Ethik (Humanitätsanforderung) verbunden, sodass dieser Zusammenhang die Basis der medizinischen Versorgung in der GKV darstellt. Der von der Kaufkraft unabhängige Leistungsanspruch der Versicherten spiegelt sich auch darin wider, dass nicht mehr, wie im oben zitierten Beispiel, Honorare im Rahmen freier Verhandlungen zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten zu Stande kommen, sondern dass eine Gebührenordnung (entweder die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) im vertragsärztlichen Bereich) den Wert der ärztlichen und sonstiger medizinischen Leistungen festlegt. Damit werden die Kosten für die medizinische Versorgung kalkulierbar, es kommt zu einer festen Gebühr, wie sie auch bei anderen Dienstleistungen üblich ist und die von den jeweiligen Krankenkassen an die Ärztin oder den Arzt für eine Behandlung des Versicherten bezahlt werden. Damit ist der Markt nun vollkommen aufgehoben, Gesundheitsökonomien sprechen sogar von einem »Nicht-Markt«: Eine, nämlich die Patientin, fragt die Leistung nach, eine Zweite, die Ärztin, erbringt sie, eine Dritte, die Krankenkasse, zahlt sie über zuvor eingegangene Beitragszahlungen.

Der Einfluss von Gebührensystemen auf die medizinische Versorgung

Dennoch sind marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen nicht völlig aufgehoben, sie liegen aber einseitig bei den Leistungsanbietern, da sie, unbelastet von Krankheit und Behandlungserwartungen, therapeutische und diagnostische Maßnahmen anbieten und durchführen können, die sich zwar mit dem Wunsch der Patientinnen und Patienten decken sollten, möglichst alles für die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit tun zu wollen, die aber auch unnötig, nicht ausreichend in ihrer Wirksamkeit bestätigt oder gar von zweifelhaftem Nutzen für die Patientinnen und Patienten sein können. Auch solche Versorgungsangebote werden angenommen – der Informationsvorsprung der Leistungsanbieter ist in der Regel zu groß, als dass Patientinnen und Patienten sie zurückweisen würden. Zudem – die Ärztinnen und Ärzte sind die Expertinnen bzw. Experten, denen Patientinnen und Patienten vertrauen

en, insbesondere dann, wenn sie nichts sehnlicher wünschen, als Linderung oder Heilung ihrer Krankheit zu erfahren. In dieser Situation die Mündigkeit der Patientinnen und Patienten zu erwarten, hieße sie zu überfordern und die Krankheit als einen autonomie-schwächenden Prozess zu unterschätzen. Dies ist deshalb nicht unproblematisch für die Ärztin-Patientin-Beziehung, weil die auch geprägt wird von Vergütungssystemen, die letztlich die Struktur eines medizinischen Versorgungssystems beeinflussen. Systeme, die wie das unsrige auf der Abrechnung von Einzelleistungen aufgebaut sind, indem sie alle denkbaren einzelnen Leistungen finanziell bewerten (fee-for-service) und bezahlen, fördern das Angebot und die Anwendung solcher Leistungen, die wegen ihrer hohen Honorierung attraktiv für die Leistungserbringer sind, es reduziert umgekehrt Leistungen ohne attraktives Honorar. Wenn z.B. der Faktor »Zeit« nicht adäquat honoriert ist, wird man auf Leistungen, die vor allem zeitintensiv erbracht werden, vergeblich hoffen. Die unerwünschte, medizinisch vielfach nicht notwendige Mengenausweitung bestimmter Leistungen, z.B. Röntgen, Injektionen, Verordnungen von Arzneimitteln usw., ist ebenso Folge der Einzelleistungsvergütung wie die Tatsache, dass Patientinnen und Patienten, also *krankte Versicherte*, das ökonomische Potenzial im derzeit vorherrschenden Vergütungssystem darstellen. Ein Versicherter muss krank sein, damit das ärztliche Versorgungssystem an ihm verdienen kann. Dies lässt auch die Vermutung aufkommen, dass manche Krankheiten durch das medizinische Versorgungssystem nicht nur definiert, sondern auch »produziert« werden: Die Festsetzung von Grenzwerten in der Diskussion um die Hyperlipidämien sind hierfür ein typisches Beispiel. Der angeblich pathologische Wert 200 mg/dl hat über die Hälfte aller Menschen von einem Tag zum anderen als krank definiert und damit zu behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten erklärt. Ein älterer Mensch, der zu unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten geht, wird immer wieder aufs Neue als krank definiert werden müssen, damit jeder ein entsprechendes Behandlungshonorar abrechnen kann. Bei jedem Arztkontakt wird statistisch gesehen ein Arzneimittel verordnet – geradezu als Bestätigung der pathologischen Befunde. Dass aber viele dieser angeblich pathologischen Befunde auf altersbedingte Veränderungen zurückzuführen sind, wird zu wenig berücksichtigt – Abweichungen vom »Normalen«, damit aber auch Alterserscheinungen, werden als

Krankheit definiert – sicherlich einer der Gründe für die oftmals irrationalen Arzneimittelmengen, die älteren Menschen verordnet werden. Im Mittelpunkt dieses Versorgungssystem steht die *kurative Medizin*, ein zweifellos vielfach erfolgreicher, aber häufig auch unnötig oder fragwürdig angewandter Reparaturbetrieb. Die Mengenausweitung im System der Einzelleistungsvergütung fördert zudem Einbußen in der Qualität, da Ärztinnen und Ärzte vielfach apparategestützte Leistungen erbringen, ohne ausreichend Erfahrungen mit diesen Diagnostik- und Therapieverfahren gesammelt haben. Gut dotierte apparategestützte diagnostische Verfahren fördern überdies Doppeluntersuchungen oder die nicht indizierte Ausweitung oder sogar Fragwürdigkeit der Anwendung solcher Verfahren. Hierfür ist die Knochendichtemessung sicherlich ein aktuelles Beispiel (8). Dies hat aber auch mit der Kundinnenorientierung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in einem System der Einzelleistungsvergütung zu tun: Im patientinnenorientierten Wettbewerb der Ärztinnen und Ärzte untereinander steht neben dem Ruf, eine gute Ärztin zu sein, auch der Wettbewerb der Praxisausstattung, die allein über die Verfügbarkeit der möglichst neuesten apparativen Angebote hohe Leistungsbereitschaft und Qualität signalisiert, ohne dies in jedem Fall nachgewiesen zu haben. Hightechpraxen müssen sich aber amortisieren, die Einzelleistungsvergütung bietet die entsprechende Voraussetzung, die Nutzung der Verfahren bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten, ob medizinisch notwendig oder nicht, schafft die Abzahlungsquote – das Hamsterrad beginnt sich zu drehen! Schon relativ banale Erkrankungen ziehen die Anwendung der gesamten Palette diagnostischer und therapeutischer Verfahren nach sich: Maximalversorgung hat aber nur wenig mit einer optimalen Versorgung zu tun, sie ist Kennzeichen einer angebotsorientierten Marktwirtschaft. Eine Bedarfssteuerung, die nicht marktwirtschaftlichen Prinzipien folgt, ist daher im Rahmen pauschalierter Honorierungsformen weit eher denkbar. Hier besteht der ökonomische Anreiz für die Ärztinnen und Ärzte gerade nicht in der Mengenausweitung, sondern in der Minimierung. Ärztinnen und Ärzte werden in einem solchen System nach der Anzahl der Patientinnen und Patienten honoriert (»capitation«), die in einem vereinbarten Zeitraum (Quartal oder Jahr) die Praxis aufsuchen. Daher werden die Ärztinnen und Ärzte versuchen, jeden Behandlungsfall möglichst Kosten sparend abzuwickeln, um einen möglichst hohen

Anteil der Pauschale ohne entsprechende Arbeitsgegenleistung in Anspruch nehmen zu können. Sie werden auch möglicherweise versuchen, nur leicht kranke Patientinnen und Patienten in ihr Klientel aufzunehmen, die wenig Kosten verursachen. Dennoch wird die Ärztin bzw. der Arzt eine Balance zwischen Leistungsangebot und Kostenminimierung finden müssen, weil bei fortgesetzter Untätigkeit enttäuschte Patientinnen und Patienten die Praxis wechseln werden (9). Pauschalierte Systeme bieten damit einen finanziellen Anreiz für die Gesunderhaltung eines in der Praxis eingeschriebenen Versicherten, nicht Kuration, sondern Prävention oder Hinweise für einen gesunden Lebensstil werden daher eine starke Betonung in der Versorgung bekommen. Daher ist aus einem Vergütungssystem auch die »Philosophie« einer medizinischen Versorgung abzulesen: Die hohe Bewertung technischer bzw. einzelorganbezogener Leistungen perpetuiert ein Patientinnenmodell, das maschinenähnlich auf einzelne Schwachstellen diagnostiziert und repariert werden kann, es fördert eine »manipulative Medizin«. Eine hohe Bewertung des Faktors »Zeit«, der Raum lässt für Gespräche, Beratungen, technisch nicht gestützte Anamnesen, reflektiert die Patientin als »ganzen« Menschen, als eine Patientin, bei dem auch psychosomatische Ursachen zur Krankheit führen können, es fördert eine »interpretierende Medizin«. Mit der Förderung der jeweiligen Philosophie geht auch eine unterschiedliche Förderung von Arzt-Typen einher: Das Einzelleistungsvergütungssystem fördert die Spezialistin/den Spezialisten und damit die Gebietsärztin/den Gebietsarzt, das pauschalierte System die Generalistin/den Generalisten und damit die Allgemeinärztin bzw. -arzt. Eine Balance zwischen beiden Systemen käme einer angemessenen und patientinnenorientierten medizinischen Versorgung am ehesten entgegen. Daher gibt es Vorstellungen über ein rationales Vergütungssystem, das möglichst folgende Aspekte berücksichtigen sollte (10, 11):

- Keine Anreize zur Mengenausweitung (z.B. bei diagnostischen/technischen Leistungen)
- Anreize für zwendungsorientierte Leistungen
- Anreize zur Sicherung der notwendigen Fachkunde
- Unterbindung überflüssiger Doppeluntersuchungen
- Funktionsgerechte Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und innerhalb dieser Sektoren

- Einfache Prüfmöglichkeiten
- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an veränderte Umstände

Honorierungssysteme haben also Auswirkungen auf das Versorgungssystem – es gibt nichts Strukturierenderes als eine Gebührenordnung. Dies gilt übrigens nicht nur für die ambulante Versorgung, sondern auch den stationären Bereich. So können z.B. Fallpauschalen Strategien nach sich ziehen, Patientinnen und Patienten nach Operationen frühzeitig in eine kostengünstige Reha-Einrichtung zu verlegen, mit denen ein Krankenhaus einen Vertrag zur weiteren Betreuung abgeschlossen hat, um Kapazitätserhöhungen im eigenen Haus und damit häufigere Abrechnungen der Fallpauschalen realisieren zu können. Es kommt auch, wie einzelne Beispiele zeigen, zu doppelten Abrechnungen der Fallpauschalen, wenn Patientinnen und Patienten kurzfristig, z.B. für einen Tag entlassen und am folgenden Tag wieder aufgenommen werden. Auch dies führt zu einer Erhöhung von Fallzahlen mit z.T. gleichen Patientinnen und Patienten. Und schließlich können Fallpauschalen Risikoselektionen nach sich ziehen, weil bei Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen das Problem einer Unterdeckung durch eine Fallpauschale bestehen könnte. Solche marktwirtschaftlich orientierten Risikoselektionen wirken sich damit unter dem Aspekt der Ökonomie direkt gegen die Patientinnen und Patienten aus. All dies sind Auswirkungen, die schon theoretisch aus Gebührensystemen ableitbar sind. Dass diese Überlegungen auch praktische Auswirkungen haben, zeigen viele Beispiele.

Überversorgung und Unterversorgung als fehlgesteuerter Bedarf

Es kann gar kein Zweifel daran bestehen, dass in unserem medizinischen Versorgungssystem Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, die durch falsch gesetzte Anreize aus den geltenden Gebührensystemen und gewinnorientiertem Interesse der Leistungsanbieter zu erklären sind. Insgesamt werden die Ausgaben für unnötige oder fragwürdige medizinische Leistungen auf rund 10 % aller Ausgaben geschätzt, also auf rund 25 Milliarden DM. Diese finanziellen Fehlallokationen kommen z.B. durch die mangelnde Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs zu Stande: Doppeluntersuchungen und nicht notwendige diagnostische oder auch therapeu-

tische Interventionen sind an der Tagesordnung – mit einem Bedarf nach notwendigen Gesundheitsleistungen haben die Versorgungsbeispiele wenig zu tun – dennoch gehen sie auf Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten zurück, nicht auf die Nachfrage von Patientinnen und Patienten (siehe Zusammenstellung »Medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland«, Sonderbeilage 10/2000 der Zeitschrift »Die Ersatzkasse«):

- Es besteht im Wesentlichen Konsens darüber, dass ein erheblicher Anteil der in Deutschland durchgeführten Röntgenuntersuchungen überflüssig sind, Schätzungen reichen bis zu 50 %.
- Es gibt eine ganze Reihe von Untersuchungen, die belegen, dass die vor geplanten Operationen durchgeführten Routine-Laborkontrollen sowie Ruhe-EKG oder Röntgenaufnahmen des Thorax überflüssig sind und sogar zusätzliche Kosten durch falsche Befunde nach sich ziehen.
- Teilradiologen, also z.B. Orthopäden oder Urologen mit eigener Röntgenausstattung in der Praxis, röntgen vier mal häufiger als Ärztinnen oder Ärzten aus den gleichen Fachgebieten ohne Röntgenausstattung an Radiologinnen und Radiologen zu diagnostischen Abklärung überweisen.
- In einem Projekt der leitenden Krankenhauskardiologinnen zur Anwendung von Herzkathetern bzw. einer Ballondilatation von Herzkranzgefäßen wurde festgestellt, dass von zirka 25.000 Eingriffen, die pro Jahr durchgeführt werden, etwa 6.000 als »ungerechtfertigt« klassifiziert werden müssen. Dabei bedeutet »ungerechtfertigt«, dass die Patientinnen und Patienten besser mit einem anderen Verfahren behandelt werden sollten, z.B. mit einer medikamentösen Therapie oder mit einer Bypass-Operation.
- Jahr für Jahr werden Arzneimittel verordnet, die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit und in ihrem Nutzen für die Patientinnen und Patienten als umstritten gelten oder deren Zusammensetzung als obsolet betrachtet werden müssen. Die Ausgaben für diese Arzneimittelgruppen betragen immerhin rund 5 Milliarden DM, 15 % aller Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der GKV. Viele dieser Mittel müssen durch nützliche und ausreichend wirksame Mittel ersetzt werden, dennoch verbleibt ein geschätztes Einsparpotenzial von 2–3 Milliarden DM, weil Mittel wie z.B. topische Venenmittel, Leber- und Gallenmittel oder viele

Enzym-, Mineral und Vitaminpräparate sowie pflanzliche Immunstimulantien völlig eingespart werden können, ohne die Qualität der Arzneimittelversorgung zu verschlechtern (12).

- Neben der Überversorgung sind aber auch Felder einer Unterversorgung bekannt. So hat z.B. Hölzel darauf hingewiesen, dass nach der Einführung des Wirkstoffes Cisplatin im Jahre 1979 die Heilungschancen von Hodentumoren für einen Teil der Patienten von 45 auf 90 Prozent verdoppelt wurden. Trotz der eindeutigen Resultate dauerte es dann etwa acht Jahre, bis alle Ärztinnen und Ärzte das neue Medikament als »Standard« akzeptierten. Diese verspätete Akzeptanz, so hat Hölzel berechnet, hat etwa 1.500 Patienten das Leben gekostet.
- Unterversorgung ist auch bei der Schmerztherapie onkologischer Patientinnen und Patienten zu beklagen. Wie wäre es sonst zu erklären, dass der durchschnittliche Morphinverbrauch in Dänemark, berechnet nach Tagesdosierungen pro Kopf der Einwohnerinnen und Einwohner, trotz ähnlicher Daten der Prävalenz von onkologischen Erkrankungen wie in der Bundesrepublik, um 14 mal höher liegt? Es scheint eine verbreitete Zurückhaltung davor zu bestehen, Schmerzpatienten individuell angemessen auch mit stark wirksamen Schmerzmitteln zu behandeln. Unterversorgung legitimiert mit dem irrationalen Argument einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung.
- Unterversorgung auch z.B. im Bereich der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern: Nach wie vor werden nur bei rund der Hälfte der Patientinnen und Patienten regelmäßig Untersuchungen des HbA1c-Wertes durchgeführt, der als wichtigster Parameter für eine normoglykämische Einstellung gilt (13), ebenso selten Untersuchungen des Augenhintergrundes, des Fußpulses und der Nierenfunktion. Dabei sind diese diagnostischen Hinweise erforderlich, um den schwerwiegenden Spätfolgen wie Blindheit, diabetischer Angiopathie und Neuropathie mit der Spätfolge der Amputation und diabetischer Nephropathie mit der Spätfolge der Dialysepflichtigkeit vorzubeugen. Rund 28.000 Amputationen pro Jahr, 1.600 Erblindungen und 1.500–2.000 neue Dialysefälle pro Jahr gehen zurück auf nicht ausreichend behandelte und betreute Diabetes-Patientinnen und -Patienten
- Ein letztes Beispiel aus dem Bereich der Versorgung psychoso-

matischer und psychiatrischer Erkrankungen mit Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa, die 1999 52 Millionen mal verordnet wurden, Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung 2,18 Mrd. DM (14). Benzodiazepin-Derivate sind – kurzfristig verordnet – nach wie vor Mittel der Wahl als Hypnotika, Muskelrelaxantien oder als Medikamente bei Angst- und Spannungszuständen. In diesen Anwendungsbereichen ist ihr Nutzen seit langen Jahren bestätigt. Ebenfalls seit vielen Jahren wird aber das Therapierisiko der Abhängigkeitsentwicklung im Sinne einer Low-Dose-Dependency beschrieben, das dann beobachtet werden kann, wenn Ärztinnen und Ärzte Benzodiazepin-Derivate über Zeiträume von mehr als zwei bis drei Monate verordnen, zumal in Anwendungsgebieten wie Alltagsbelastungen, psychovegetative Syndrome und Stress. Weder hierfür noch für die Unterhaltung einer bestehenden Abhängigkeit sind Benzodiazepin-Derivate zugelassen. In einer Untersuchung auf der Basis von Krankenkassendaten konnte festgestellt werden, dass ca. 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten diese Mittel kontinuierlich bekommen und an einer iatrogen induzierten Abhängigkeit leiden. Die fortgesetzte Verordnung dieser Mittel dient dann auch als Entzugsvermeidungsstrategie, da beim Absetzen der Mittel erhebliche Absetz- und Entzugssymptome (niedriger Blutdruck, Schwindel, Unruhe, Aggressivität, manchmal Psychosen) zu erwarten sind. Auffällig waren auch die Verordnungskennzeichen der Ärztinnen und Ärzte: Auf nur 8,7 % aller niedergelassenen oder 14,3 % der Benzodiazepin-verordnenden Ärztinnen und Ärzte, vor allem Praktikerinnen/Praktiker und Internistinnen/Internisten, entfielen bereits 46,3 % aller verordneten Tagesdosierungen für mehr als die Hälfte der hochversorgten Gruppe. Es kristallisiert sich damit eine kleine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten heraus, die auffällig häufig und langfristig Benzodiazepin-Derivate an eine stabil anhängliche oder auch schon abhängige Patientinnenklientel verordnet (»Benzodiazepin-Schwerpunktpraxen«). Eine solche Verordnungsweise zeigt auch ein eingeschränktes Therapierepertoire der verordnenden Ärztinnen und Ärzte, die eine schnell rezeptierte Bewältigungsform als adäquate Lösung für Patientinnenprobleme empfindet und die Auffälligkeit einer wahrscheinlich mangelhaften Dokumentation, die nicht ausreichend auf das Überschrei-

ten der indizierten Anwendungszeit aufmerksam macht. Auch die Indikation und das Therapieziel scheinen unklar definiert, wenn etwa 3/4 aller Diagnosen, die als Begründung für die Anwendung von Benzodiazepinen dokumentiert sind, als nicht rational bezeichnet werden können. Zwei Drittel der Langzeitpatientinnen und -patienten sind weiblich, der größte Anteil älter als 60 Jahre. Die sonstigen unerwünschten Wirkungen, die mit einer solchen Dauerverordnung gerade für ältere Menschen verbunden sind (Gangunsicherheit, Reaktionsbeeinträchtigung, dadurch häufig Unfälle und Stürze mit Knochenbrüchen) zeigen, wie sich der potenzielle Nutzen von sinnvollen Arzneimitteln in sein Gegenteil verkehren kann, wenn die Verordnungsqualität durch den Ärztin bzw. die Arzt nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Noch immer entfallen 30 % aller verordneten Hypnotika auf Benzodiazepin-Derivate mit langer Wirkdauer, wie z.B. Flunitrazepam (u.a. in Rohypnol), Nitrazepam (u.a. in Radedorm) oder Flurazepam (u.a. in Dalmadorm). Gerade bei diesen Mitteln sind die Hang-Over-Effekte am Morgen nach der Einnahme als Schlafmittel und das Risiko für Stürze besonders hoch. Auf solche Mittel mit hohen Risiken für ältere Menschen, insbesondere für ältere Frauen, bezieht sich die Bewertung dieser Verordnungen als »chemische Gewalt gegen älteren Menschen«.

Leitlinien als Schutz vor marktwirtschaftlichen Übergriffen

Sind all diese Hinweise Beispiele für eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung? Sicherlich nicht – sie sind eher Ausdruck eines eher unkritischen und z.T. unreflektierten Umgangs mit den angebotenen Möglichkeiten der medizinischen Versorgung, die auf eine dringend verbesserungsbedürftige medizinische Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte hindeuten und auf eine veränderte Honorarstruktur, die nicht mehr nur Leistungen an sich honoriert, sondern die Qualität und Notwendigkeit der medizinischen Versorgung als Parameter mit berücksichtigt. Wenn schon angebotsorientierte Marktwirtschaft, dann sollte die sich auf den Wettbewerb von Versorgungsqualität und medizinischen Kompetenz der Leistungsanbieter beziehen und sich in einer ergebnisorientierten Honorierung widerspiegeln, in der die

Effektivität und Effizienz der verordneten medizinischen Maßnahmen bewertet wird. Es fehlen letztlich qualitätssichernde Strategien, die frühzeitig über eine kontinuierliche Evaluation sichtbar machen, wo sich Fehlentwicklungen anbahnen und eine bedarfsorientierte Steuerung erforderlich ist. Denn dass die fortgesetzte Verordnung von abhängigkeitsinduzierenden Arzneimitteln etwas mit bedarfsorientierter Steuerung zu tun hätte, kann nur behauptet werden, wer weniger die iatrogen induzierte Abhängigkeit als Fehlentwicklung kritisiert, sondern die fortgesetzte Entzugsvermeidungstherapie als rational betrachtet. Besonders festgemacht wurde die Kritik an der finanziell begrenzten, ja rationierten Versorgung an der geringen Verordnungsmenge von neuen, atypischen Neuroleptika mit den Wirkstoffen Olanzapin (in Zyprexa), Clozapin (in Leponex oder Elcrit), Risperidon (in Risperdal) oder Zotepin (in Nipolept). Da diese Mittel in den Tagesdosierungskosten gegenüber dem Standardmittel Haloperidol 10 mal so teuer sind (10,16 DM versus 0,95 DM), war das Argument, geschürt vom Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), schnell bei der Hand, dass hier eine gesteuerte Begrenzung der Bedarfsgerechtigkeit wegen des Arzneimittelbudgets stattfindet. Im Klartext: Ärztinnen und Ärzte haben aus Sorge vor der Überschreitung des Budgets und vor Regress zu selten diese Mittel angewendet und haben damit Patientinnen und Patienten geschadet, da die atypischen Neuroleptika deutlich seltener Dyskinesien und Akathesien auslösen als Standard-Neuroleptika. Rationierung hieß der böse Vorwurf, da diese Mittel doch in Italien oder den USA in weit größerem prozentualen Anteil eingesetzt würden. Unabhängig davon, dass derartige rein quantitative Vergleiche der Verbrauchsprävalenz ohne Hinweise auf die sonstige pharmakotherapeutische Versorgung höchst fragwürdig, um nicht zu sagen populistisch sind und dass keinerlei epidemiologische Daten, weder hier noch international, über einen bedarfsgerechten Verbrauch solcher Mittel vorliegen, geht der Vorwurf des Interessenverbandes der großen pharmazeutischer Hersteller ins Leere. Insgesamt entfielen nämlich 1999 bereits 22 % aller verordneten Tagesdosierungen mit einer Steigerung von 21,1 % (!) gegenüber dem Vorjahr auf diese atypischen Neuroleptika, trotz des hohen Preises und trotz der in der Zwischenzeit bekannt gewordenen anderen unerwünschten Wirkungen. Den verringerten extrapyramidal-motorischen Störungen stehen nämlich als Risiken Blutbildschäden und Gewichtszunahme

gegenüber, außerdem fehlen Vergleichsstudien, um den Stellenwert der neuen Mittel gegenüber den schon lange eingeführten Mitteln ausreichend bestimmen zu können und Hinweise dafür zu bekommen, bei welchen Patientinnen und Patienten die atypischen Neuroleptika einen besonderen Wert und Vorteil haben. Die Kritik an zu viel regulatorischer Steuerung dort, wo der Wettbewerb das Angebot in der medizinischen Versorgung beeinflussen sollte, ist daher gar nicht das Problem. Die Problematik liegt vielmehr in den euphorisch vorgestellten Produkten selber, die in der Risiko-Nutzen-Bewertung doch nicht so problemlos überzeugend sind, wie es die Hersteller glauben machen wollten. Im Übrigen ist dies ein wichtiges Beispiel dafür, dass die Gefahr marktwirtschaftlich erzwungener Entscheidungen, sowohl im Hinblick auf die unkritisch frühe Nutzung von neuen Arzneimitteln als auch im Hinblick auf die kritische Unterversorgung mit notwendigen Therapien, nur durch Leitlinien und Qualitätssicherungsstrategien verringert werden kann. Leitlinien geben einen Therapiekorridor vor, in dem sich die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des allgemein anerkannten Kenntnisstandes in der Medizin entscheiden können, sie können auch über die Grenzen hinausgehen, wenn es im Einzelfall begründbar erscheint. Mit solchen Leitlinien werden auch die Kenntnisse über den Stellenwert neuer Arzneimittel, neuer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren verbessert, schließlich ist seit langem bekannt, dass neue Arzneimittel nicht immer einen therapeutischen Fortschritt bieten (wirkliche gegenüber »imitativen« Innovationen). Leitlinien drängen auch die der Medizin innewohnende Gefahr der Beliebigkeit zurück – individuelle Erfahrung sollte nicht allein zur Richtschnur für ärztliches Handeln werden, Therapiefreiheit kann nur auf dem Boden einer evidenzbasierten Medizin reklamiert werden, Therapeutinnenfreiheit ist dagegen eine schlechte Basis für eine qualitätsorientierte Versorgung.

Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit wird auch durch systematisch erarbeitete Behandlungsstrategien erreicht. Hier wird nicht mehr gefragt, ob die jeweilige Behandlung für die ärztliche Praxis oder für das Krankenhaus im Sinne der Gewinnmaximierung lukrativ ist, es wird vielmehr beantwortet, auf welcher Ebene und zu welchem Zeitpunkt der medizinischen Versorgung – ambulant, akut- oder rehabilitativ-stationär – die Versorgung durchgeführt werden muss – der Nutzen für die Patientinnen und Patienten ist

das leitende Motiv für die Umsetzung der Versorgungsqualität. In diesem Konzept gewinnen z.B. Arzneimittel mit einem hohen Krankenhaussubstitutionspotenzial eine besondere Bedeutung – hierdurch kann die ambulante Versorgung gestärkt und die Belastung der Patientinnen und Patienten durch lange stationäre Aufenthalte vermindert werden. Die modernen Psychopharmaka haben die Entwicklung zu einer »offenen Psychiatrie« weg von geschlossenen Abteilungen ohne Zweifel mitermöglicht, dies sollte gerade bei einer Veranstaltung zum 25-jährigen Bestehen der Psychiatrie-Enquete nicht vergessen werden. Eine ausreichende und verträgliche Behandlung mit wirksamen Arzneimitteln, auch aus dem Bereich der vielgescholtenen Neuroleptika, hat mit dazu beigetragen, dass jahrelang verschlossene Türen in psychiatrischen Krankenhäusern geöffnet werden konnten. Auf diesen Zusammenhang hat übrigens auch Franco Basaglia, der charismatische Psychiater der italienischen »offenen Psychiatrie« hingewiesen, als er anlässlich eines Besuch in der psychiatrischen Klinik in Wunstorf im Jahre 1977 meinte: »Richtig angewandt ist das Medikament in der Psychiatrie ein Mittel der Befreiung.« (9). Es sollte allerdings nicht verschwiegen werden, dass marktwirtschaftliche Einflüsse in der Tat den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen behindern können – eine auf den eigenen finanziellen Vorteil gerichtete sektorale Abschottung in einer Praxis kann notwendige Überweisungen zu einer Spezialistin/einem Spezialisten ebenso verhindern wie sie den raschen Übergang einer Schlaganfallpatientin aus der akut-stationären Versorgung in die Rehabilitation erschweren kann, wenn das Krankenhaus die Liegezeiten aus finanziellen Erwägungen unnötig verlängert.

Ausblick

Die medizinische Versorgung muss daher rationaler werden, Überversorgung ist unnötig und belastet die Patientinnen und Patienten, ohne den Krankheitsverlauf abzukürzen, Unterversorgung verzögert die mögliche Wiederherstellung der Gesundheit oder führt die Patientinnen und Patienten in vermeidbare Risiken. Beides ist in höchstem Maße unethisch und widerspricht der Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit! Vor allem die Überversorgungstendenzen in unserem Gesundheitssystem, bedingt durch die weiter oben diskutierten falsch gesetzten Anreize in dem geltenden Gebührensystem, schaf-

fen erhebliche Rationalisierungsreserven, die zu Gunsten der finanziellen Entlastung des Versorgungssystem genutzt werden müssen. Die Nutzung dieser Rationalisierungsreserven ist keineswegs mit einer verstärkten Kommerzialisierung des Versorgungssystem oder mit einer stärker entwickelten marktwirtschaftlichen Struktur zu erreichen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Kommerzialisierung der Patientinnenversorgung, wiederum Folge falsch gesetzter Anreize im Gebührensystem, muss beendet werden und Platz für Strukturen einer optimalen Versorgung machen. Die derzeit auf Grund von Evaluationsstudien zu erkennende Maximalversorgung ist Ausdruck eines kommerzialisierten Systems, das in individueller Weise vor allem von den Leistungsanbietern (aus-)genutzt wird. Dieser Missbrauch des Systems ist aber nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte bzw. Institutionen im Versorgungssystem begrenzt, auch Patientinnen und Patienten tragen ihre Erwartungen und Ansprüche an dieses System heran, damit ihre Vorstellungen von Behandlungsintensität befriedigt werden. Insofern werden Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten häufig zu »Komplizinnen bzw. Komplizen« in einem System, in dem allerdings das Machtgefälle eindeutig zu Gunsten der Ärztinnen und Ärzte verschoben ist und Patientinnen und Patienten vielfach nur auf bereitgestellte Angebote reagieren.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine der wichtigsten Kräfte im Gesundheitssystem, um die Zugangschance für alle Versicherten unabhängig von ihrer sozialen und finanziellen Lage auch zukünftig zu sichern. Sie trägt mit ihren Anforderungen im Rahmen des 5. Sozialgesetzbuches dazu bei, dass die Qualität und Wirksamkeit der medizinischen Versorgung zu angemessenen Preisen auch weiterhin angeboten wird und dass die Leistungsanbieter im Hinblick auf ihre finanziellen Interessen »diszipliniert« werden, damit sich die Versorgungsbereitschaft nicht an der Zahlungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten orientiert. Marktwirtschaftlich ausgerichtete Angebotsstrukturen führen dagegen zu einer Privatisierung in der Gesundheitsversorgung, die sich die unterschiedliche Zahlungsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten zu Nutze macht – die sozial Schwachen stünden dann am Ende der Reihe, wenn es um die Behandlung geht. Damit dies nicht geschieht oder zumindest weitgehend vermieden wird, muss die solidarisch finanzierte GKV gestärkt werden, Solidarität bedeutet aber auch, überflüssige und nur zweifelhaft wirksame Mittel und Behandlungswege

von einer Finanzierung auszugrenzen – die Solidarität ist nicht auf die Finanzierung der Leistungsanbieter gerichtet, sondern auf die Versorgung von Kranken. Marktwirtschaft und Solidarität in der Krankenversorgung sind nicht verträglich. Notwendig ist vielmehr ein Wettbewerb um die Steuerung des Versorgungsbedarfs nach Effektivität und Effizienz – denn der würde vor allem den Kranken nutzen.

Literatur

1. ARNOLD M. Warum stellt sich das Thema »Ethik der Gesundheitsökonomie«? In: MOHR J, SCHUBERT Ch (Hrsg). Ethik der Gesundheitsökonomie. Springer, Heidelberg, 1992. 1–10
2. LANGE S, RICHTER K, KÖBBERLING J. Knochendichtemessung zur Früherkennung der Osteoporose – Entscheidungshilfe oder Selbstzweck. Jahrbuch Kritische Medizin, Argument-Berlin. 1994; 22: 56–78
3. GLAESKE G, WALZIK E. Das Primärarztssystem – eine Versorgungsalternative für die Zukunft? Die Ersatzkasse 1994; 9: 338–342
4. FISCHER N. EBM-Reform 1996. Weiterentwicklung der Vergütungsstruktur in der ambulanten Versorgung. Die Ersatzkasse 1995; 11: 442–448
5. SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN. Sondergutachten 1989 bzw. 1995. Baden-Baden: Nomos 1989 bzw. 1995
6. SCHWABE U, PAFFRATH D (Hrsg.). Arzneiverordnungs-Report 2000. Heidelberg, Springer. 2000
7. GLAESKE G, KELLERMANN-WACHTEL P, MATTHESIUS G. Versorgung von Diabetes-Patienten. Jahrbuch für kritische Medizin, Argument, Berlin 1999. 31, 18–36
8. GLAESKE G. Psychotrope und andere Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial. In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS) (Hrsg). Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht, Neuland. 2001: S. 63–79
9. BASAGLIA F. Vorwort In: FINZEN A. Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1991

Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung bei der Erbringung personenbezogener Komplexleistungsprogramme für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen

Peter Kruckenber

Komplexe Systeme benötigen intelligente Steuerung, damit sie unterschiedliche Aufgaben mit spezifischen Zielvorgaben in einem sich wandelnden Umfeld bewältigen können. Die Steuerung ist umso schwieriger, je mehr Teilsysteme in Wechselwirkung mit einander stehen und je größer die relative Autonomie der einzelnen Teilsysteme ist, d.h. je mehr es sich um selbstorganisierte Systeme handelt. Dabei kommt es entscheidend auf die Motivation der Akteure an. Es ist gute deutsche Gewohnheit zu glauben, dass sich menschliches Verhalten vor allem durch Regeln mit Sanktionsandrohungen und zweitens vielleicht durch orale Zuwendungen – im Erwachsenenalter in Form von Geld – beeinflussen lässt. Natürlich ist beides nicht zu vernachlässigen, aber das entscheidende Moment für eine sinnvolle Weiterentwicklung sozialer Systeme ist die intrinsische Motivation. Sie wird aus unterschiedlichen Quellen gespeist, insbesondere aus der unmittelbaren Befriedigung bei der Arbeit selbst, aus guten Ergebnissen, aus der für die Arbeit erhaltenen Anerkennung, aus einem guten Arbeitsklima, aus der Identifikation mit dem Betrieb, dem Gefühl der Sinnhaftigkeit der Arbeit, einer Vision von der Zukunft u.a.m. Soziale Systeme als im Wesentlichen selbstorganisierte Systeme sind auch in ihren Wirkungszusammenhängen höchst komplex. Man wundert sich immer wieder, wie einflussreiche Akteure im Gesundheitssystem zu extremen Formen der Komplexitätsreduktion neigen, etwa, wenn sie Glauben machen wollen, dass die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung weitestgehend durch feste Planungsvorgaben und festgelegte Verfahrensabläufe oder aber quasi im Gegenteil fast ausschließlich durch Deregulierung und Marktmechanismen zu erreichen sei. Als Psychiater muss man vermuten, dass es sich bei diesen Haltungen entweder um interesselitete Täuschungsversuche oder um Akte der Hilflosigkeit, sozusagen Regression auf das Niveau magischer Bewältigungsversuche handelt. Bei der Optimierung der gesundheitlichen Versorgung geht es im politischen Raum vor allen Dingen

darum, über die Bedingungen zu entscheiden, die für die einzelnen Teilsysteme einen günstigen Rahmen abgeben, um in Selbstorganisation die Effizienz, d.h. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ständig zu verbessern, allerdings in einer politisch hinsichtlich ihrer Effizienz *kontrollierten* Selbstorganisation. Unser Sozialsystem ist aus gutem Grund *bedarfsbezogen* organisiert. Jeder Bürger und jede Bürgerin sollen als Mitglied von Sozialversicherungen oder subsidiär durch Sozialhilfe die gesundheitliche Versorgung erhalten, die angemessen und notwendig ist. Merkwürdigweise wird die Frage, ob der Bedarf nach bestimmten Sozialleistungen gedeckt ist, im politischen und administrativen Raum regelmäßig *nicht* sorgfältig geprüft, sondern zumeist von vornherein bejaht, oder die Frage wird tabuisiert. Die Psychiatrie-Enquete war eine löbliche Ausnahme. Die Beantwortung der Bedarfsfrage ist in der Tat schwierig. Um dies auf einer rationalen Grundlage möglich zu machen, wären sorgfältige Ermittlungen anhand definierter Kriterien in Einzelfällen und eine regionale Kumulation und Auswertung von Daten erforderlich, die jedoch gegenwärtig auf Grund der Zersplitterung des Systems nirgendwo auch nur halbwegs hinreichend vorhanden sind. Das nicht selten übliche Verfahren, einen so genannten Bedarf anhand überregionaler Vergleiche von Planzahlen zu beschreiben, macht wenig Sinn; denn die damit verbundenen Messziffern, z.B. bezogen auf die Bevölkerungszahl, beruhen im Regelfall auf fachlich nicht überprüfem Erfahrungswissen, d.h. auf Entwicklungen in der Versorgungsstruktur, die aus den Verteilungskämpfen zwischen Leistungsträgern einerseits und den Leistungserbringern andererseits oder jeweils unter den Mitgliedern der beiden Gruppen hervorgegangen sind. Die Hilfebedarfe der Leistungsempfänger hatten da jeweils nur geringen Einfluss. Wenn man aber grobe Fehlsteuerung im Gesundheitssystem vermeiden will, muss man von diesen ausgehen. Wir wollen uns hier nur mit einem Teilsystem der psychiatrischen Versorgung befassen, welches für eine bedarfsbezogenen Steuerung zur Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie von Wirtschaftlichkeit unerlässlich ist.

Psychische Störungen sind sehr häufig und betreffen, je nach Definition und Untersuchungsmethode ca. 25–45 % der Bevölkerung. Zur Eingrenzung ist es sinnvoll, Menschen mit psychischen Störungen im Hinblick auf die Besonderheiten des Hilfebedarfs zu unterscheiden (s. Abb. 1). Der größte Teil psychisch beeinträchtigt

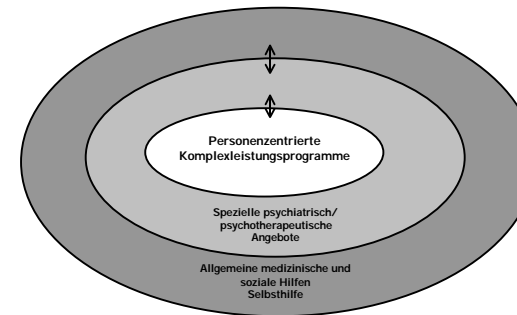


Abb. 1: Hilfebedarf bei psychischen Störungen

ter Menschen kommt ohne besondere Hilfen bzw. mit Selbsthilfeaktivitäten oder mit der Unterstützung durch allgemeine medizinische und soziale Hilfen aus oder lehnt spezifische psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen ab. Von den übrigen Menschen mit psychischen Störungen sind wiederum die meisten in der Lage von sich aus angebotsorientierte Hilfen, z.B. die der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen, aus eigenem Antrieb aufzusuchen und, falls ergänzende Angebote erforderlich sind, diese selbstständig wahrzunehmen. Bei der dritten Gruppe von Menschen mit psychischen Störungen, zahlenmäßig die kleinste in der Größenordnung von etwa 1 % der Bevölkerung, sind die psychischen Störungen zeitweise oder langfristig verbunden mit Fähigkeitsstörungen in der Alltagsbewältigung und/oder mit sozialen Konfliktlagen. Sie sind oft auch verbunden mit Störungen der Einsicht in die Erkrankung und die eigene Lebenslage sowie mit Beeinträchtigung von Intentionalität und Mitwirkungsfähigkeit oder -bereitschaft bei der Behandlung. Sie benötigen je nach Situation im Rahmen von Krisenintervention, Akutbehandlung oder Langzeitbehandlung integrierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogramme, hier kurz Komplexleistungsprogramme genannt. Der individuelle Hilfebedarf kann zeitlich erheblich variieren, sowohl zu einem bestimmten Zeitpunkt im Hinblick auf Leistungsspektrum und Leistungsdichte des Komplexleistungsprogramms als auch im Verlauf, sodass zu einem späteren Zeitpunkt evtl. gar keine Hilfe benötigt wird oder ein selbstgewähltes Angebot ausreichend sein

kann. Für den Hilfebedarf im Rahmen eines Komplexleistungsprogramms spielt die psychiatrische Diagnose (z.B. nach ICD 10) zwar eine gewisse Rolle, aber oft nicht die entscheidende, in dem komplexen Gefüge von individuellen biologisch und biografisch begründeten Ressourcen und Beeinträchtigungen und der engen Verknüpfung mit unterstützenden und belastenden Momenten in der Lebenswelt. Die Ermittlung des Hilfebedarfs ist in der Regel kompliziert und erfordert einen umfassenden zeitaufwändigen diagnostischen Prozess. Die Umsetzung muss ständig überprüft und ggf. dem Verlauf angepasst werden.

Wir haben in von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführten Forschungs- und Beratungsprojekten die Qualitätskriterien für personenzentrierte Komplexleistungsprogramme der Behandlung und Rehabilitation schwer und chronisch psychisch kranker Menschen wiederholt beschrieben (s. Abb. 2).

1. Ressourcenorientiert
2. Niedrigschwellig
3. Zielorientiert
4. Vorrangig ambulant und ortsnah
5. Zeitgerecht
6. Berufsübergreifend abgestimmt
7. Kontinuierlich begleitet und koordiniert
8. Effizient

Abb. 2: Qualitätskriterien für personenzentrierte Komplexleistungsprogramme

Es handelt sich um Prozesskriterien, die sämtlich für die Ergebnisqualität außerordentlich wichtig sind: Ressourcenorientierung bedeutet die vorrangige Ausrichtung auf die gegebenen Lösungsbemühungen und Kompetenzen der Klientinnen und Klienten selbst und der ihres Umfelds, aber auch die konsequente Subsidiarität psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfen gegenüber Selbsthilfe und gegenüber allgemeinen sozialen und medizinischen professionellen Hilfen. Niedrigschwelligkeit soll nicht nur heißen, auf vielfältige Weise den Zugang zum Hilfesystem zu erleichtern, sondern wo immer notwendig auch ihn in seinem Lebensfeld aufzusuchen. Die Hilfeleistungen sollen so weit irgend möglich an den

Wünschen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten orientiert sein, sich immer aber an klar formulierten Zielen orientieren. Die Vorrangigkeit ambulanter im Lebensfeld des Betroffenen oder zumindest ortsnah erbrachter Hilfen wird immer wieder betont, ist aber in kaum einem Bereich bisher umgesetzt. Zeitgerecht heißt, dass Krisenintervention wenn nötig sofort erfolgen muss, aber auch, dass es bei längerfristiger Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung keine erschwerenden Wartezeiten geben darf, schließlich, dass die Dauer einer Maßnahme dem fachlich Gebotenen entsprechen muss.

Alle Maßnahmen sind immer zuerst mit dem Klientinnen und Klienten, so weit möglich auch mit dem sozialen Umfeld, insbesondere den Angehörigen und untere den Professionellen berufsübergreifend aber auch einrichtungsübergreifend abzustimmen sowohl synchron wie diachron. Ein Komplexleistungsprogramm muss durch eine therapeutische Bezugsperson kontinuierlich begleitet und koordiniert werden. Effiziente Leistungserbringung bedeutet, dass der Behandlungs- und Rehabilitationsprozess auf hohem Niveau wirklich und optimal wirtschaftlich erfolgt. *Es ist aber unmittelbar ersichtlich, dass auf jeweils einzelne Personen differenziert ausgerichtete und im Verlauf angepasste Komplexleistungsprogramme nicht durch ein mehr oder weniger zufällig historisch gewachsenes Ensemble von Diensten und Einrichtungen koordiniert erbracht werden können.* Das Hilfesystem selbst muss sich entsprechend dem Hilfebedarf in geeigneter Weise organisieren und differenzieren (s. Abb. 3).

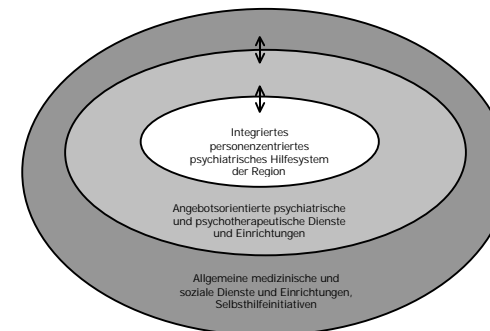


Abb. 3: Gestuftes Hilfesystem für psychisch kranke Menschen in einer Versorgungsregion (ca. 100.000-150.000 Einwohnerinnen/ Einwohner)

Dabei ist zu beachten, dass die Klientinnen und Klienten im Verlauf von einem Bereich in den anderen überwechseln können, dass in der Begleitung von Klientinnen und Klienten in Einzelfällen bereichsübergreifend kooperiert werden muss. Ziel der Behandlung im Kernfeld muss immer sein, Klientinnen und Klienten zu befähigen, mithilfe in den Randfeldern oder ohne Hilfe auszukommen. Jedes Komplexeleistungsprogramm umfasst psychiatrische Hilfen in der Regel aus mehreren Leistungsbereichen:

- a) der Behandlung im Sinne sozialpsychiatrischer Grundversorgung oder spezieller Therapieverfahren,
- b) sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (insbesondere im Wohnbereich), zur Tagesgestaltung, Kontaktstiftung und Teilnahme am öffentlichen Leben und/oder Arbeit und Ausbildung,
- c) Steuerung durch Behandlungsplanung, -abstimmung und begleitende Koordination.

Es ist unmittelbar ersichtlich, dass Planung, Durchführung und ständige Anpassung derartiger Komplexeleistungsprogramme im Bereich der Krankenhausbehandlung leichter zu realisieren sind als außerstationär und dass dies im außerstationären Bereich nur möglich ist, wenn sich die verschiedenen Anbieterinnen und Anbieter zusammenschließen, dahingehend, dass sie ihre Ressourcen und Angebote so differenzieren und vernetzen, dass sie auf den *jeweiligen Bedarf der einzelnen Klientinnen und Klienten* abgestimmt reagieren können. Schon die Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm (1988) hat hierfür das Konzept eines *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* aus den Leistungsanbietern der Region mit vertraglich geregelten Kooperationsstrukturen vorgeschlagen. Dieses Konzept wurde von einer Kommission der AKTION PSYCHISCH KRANKE in den 90er-Jahren im Sinne des personenzentrierten Hilfesystems weiterentwickelt. Die Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbände für die Versorgung von schwer und chronisch psychisch Kranken mit Komplexeleistungsprogrammen ist unerlässlich, wenn dem begegnet werden soll, was die Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm (1988) »systembedingte Ressourcenverschwendung« nannte. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist notwendig für eine Dezentralisierung und Ambulantisierung der Angebote, etwa im Bereich sozialpsychiatrischer Hilfen zur Selbstversorgung beim Woh-

nen: Nur wenn in einer Versorgungsregion aus den Fachkräften ein flexibel einsetzbarer Personalpool gebildet wird, ist es möglich, sich auf unterschiedliche und wechselnde Hilfebedarfe der Klientinnen und Klienten einzustellen, ohne dass diese bei der Änderung des Hilfebedarfs ihre Wohnung und/oder ihre Betreuerin wechseln müssen. Ebenso erleichtert der Verbund fachlich gebotene Umsteuerung von einem Leistungsbereich (etwa dem der Hilfen zum Wohnen) in einen anderen (z.B. Hilfen zum Arbeiten) und die Vernetzung von Maßnahmen verschiedener Leistungsträger. Die Steuerung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes muss auf die folgenden Qualitätsziele (im Sinne der Strukturqualität) ausgerichtet sein (s. Abb. 4):

- Alle Dienste und Einrichtungen müssen in abgestimmter Weise regionale Versorgungsverpflichtung für eine Zielgruppe und für definierte Leistungsbereiche übernehmen.
- Abstimmung und Koordination des Komplexeleistungsprogramms im Einzelfall, wie auch der regionalen Angebotsstruktur, wird verbindlich untereinander vereinbart und verlässlich praktiziert auf der Grundlage des von der AKTION PSYCHISCH KRANKE entwickelten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP).
- Leistungsspektrum und -dichte der Funktionsbereiche werden kontinuierlich an den sorgfältig ermittelten und sich verändernden Bedarf angepasst.
- Das Qualitätsmanagement wird zur Verbesserung von Leistungsfähigkeit (d.h. Prozess- und Ergebnisqualität) sowie Wirtschaftlichkeit ständig weiterentwickelt.

1. Regionale Versorgungsverpflichtung für alle Dienste
2. Regelung und Durchführung von Abstimmung und Koordination im Einzelfall und regional
3. Bedarfsgesteuerte Anpassung von Leistungsspektrum und -dichte
4. Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Abb. 4: Qualitätsziele für den Gemeindepsychiatrischen Verbund

Der Steuerungsprozess des Verbundes (s. Abb. 5) erfordert das zyklische Ineinandergreifen von Informations-, Abstimmungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen, in die Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsempfänger und die kommunale Gebietskörperschaft systematisch einbezogen werden.

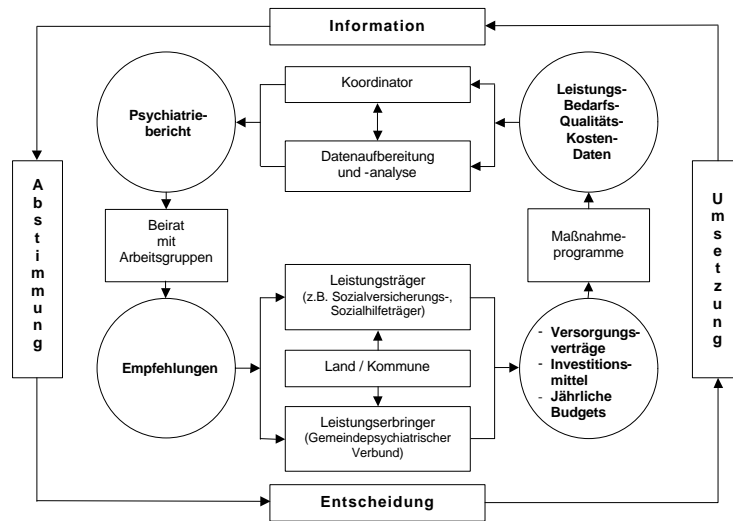


Abb. 5: Bedarfsbezogene Ressourcensteuerung in einer Versorgungsregion aus: KRUCKENBERG P, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.). Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Band 24, Köln: Rheinlandverlag 1997, S. 94

Es handelt sich um einen typischen Problemlösungszirkel, den wir wiederholt dargestellt haben und der hier nur verkürzt skizziert werden kann: Die Information über Leistungszahlen, Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Versorgung soll sorgfältig erhoben, aufbereitet und in einem Abstimmungsprozess unter angemessener Einbeziehung aller Beteiligten bewertet werden, welches wiederum Grundlage für die Erarbeitung von Entwicklungsplänen ist. Diese enthalten konkrete Empfehlungen für Entscheidungsprozesse bezüglich einer prioritätengerechten und wirtschaftlichen Aufgaben- und Ressourcenverteilung. Aus den Ergebnissen der Umsetzung entsteht der nächste, in der Regel jährliche Durchlauf des Lösungszirkels.

So viel mag hier deutlich werden: Es handelt sich um einen komplexen, weitgehend selbstorganisierten Steuerungsprozess, an dem alle Akteure im Feld beteiligt sind und ihre Erfahrungen ebenso wie ihre Interessen einbringen können. So sind die Nutzerinnen und Nutzer und deren Angehörige sowohl in Abstimmungsgremien vertreten, können sich aber ebenso im Zusammenhang mit Kundinnenbefragungen für die Gesundheitsberichtserstattung äußern. Nicht zuletzt durch die Verbindung zur Kommune, die für die Koordination verantwortlich ist und deren Parlament durch Abgeordnete im Beirat vertreten ist, wird das integrierte, personenzentrierte psychiatrische Hilfesystem Teil des öffentlichen gesellschaftlichen und politischen Lebens in der Gemeinde. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE begleitet z.Z. im Auftrag des BMG den Entwicklungsprozess derartiger regionaler Steuerungssysteme im Sinne eines regionalen Qualitätsmanagements in sechs Versorgungsregionen und unterstützt gegenseitige Beratungs- und Auditingprozesse in ca. 20–30 weiteren Regionen. Die Bevölkerungszahl dieser Regionen umfasst insgesamt etwa 10 % der Bundesrepublik. Schon zu Beginn ist klar, dass das Gelingen bedarfsorientierter regionaler Steuerungsprozesse zum einen von den vom Bund und jeweiligen Land gesetzten *Rahmenbedingungen*, zum anderen *von dem persönlichen Engagement der Akteure* in der Region abhängt. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen sind die einzelnen Beteiligten insbesondere bei den Leistungsträgern, aber auch bei den verschiedenen Leistungserbringern und in der Kommune im Regelfall so autonom, man kann auch sagen unkontrolliert, dass sie sich für eine Weiterentwicklung des Systems sowohl engagieren als auch diese ohne weitere Begründung blockieren können. Eher blockierende Haltungen scheinen außer durch persönliche und institutionelle Gewohnheitsbildungen vor allem durch Befürchtungen bedingt zu sein, bei einer Flexibilisierung des Hilfesystems in ein ökonomisch gefährliches Fahrwasser zu kommen. Das gilt sowohl für Leistungserbringer als auch für Leistungsträger.

Aus diesem Grunde möchte ich im abschließenden Abschnitt auf einige ökonomische Aspekte der Steuerung sowohl im Einzelfall als auch in der Region eingehen. Ökonomische Anreize sollten bezüglich der Sozialgesetzgebung und der landesweiten Vergütungsvereinbarungen in Verbindung mit Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen auf mehrere Ziele zugleich ausgerichtet und mit konkret

überprüfbar, aber zugleich ausreichend allgemeinen Richtlinien verbunden sein (s. Abb. 6). Hierzu einige Stichworte in kurzer beispielhafter Erläuterung:

- Eine **qualitätsfördernde** Funktion hätte z.B. die verpflichtende Vorgabe, die neuen soziotherapeutischen Hilfen nach § 37a SGBV an die Planung und Begleitung integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme, d.h. an Komplexleistungsprogramme unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes zu binden und diese Vorschrift bei den gebotenen Verlaufsbesprechungen zu berücksichtigen.
- **Bedarfsbezogen** wäre eine Verknüpfung der stationären, teilstationären und ambulanten Krisenintervention derart, dass die ambulante Krisenintervention rund um die Uhr mit ausreichendem Zeitkontingent zur Verhinderung oder Verkürzung stationärer Behandlung im Rahmen der Institutsambulanz finanziert würde, wie das in erster Annäherung in Bayern geschieht.
- Finanzierungen müssen **leistungsbezogen** sein, d.h. Quartalspauschalen im ambulanten Bereich noch dazu bei sehr unterschiedlichem Hilfebedarf der Klientel machen wenig Sinn.
- **Flexibilitätsfördernde** ökonomische Anreize wären gegeben, wenn die Stufen zwischen ambulanter Behandlung einerseits und teilstationärer und vollstationärer Behandlung andererseits nicht so grotesk ausgeprägt wären, derart, dass die durchschnittliche Institutsambulanzpauschale etwa ein Fünftel des stationären Pflegesatzes ausmacht, wo man doch davon ausgehen muss, dass die Bedarfe an Behandlungsintensität kontinuierlich verteilt sind. Notwendige Folge ist ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung.
- Bei der Gestaltung ökonomischer Anreize ist zu beachten, dass kurzzeitige Einsparungen fatale **Langzeitwirkungen** im Sinne von Chronifizierung haben können und dass Investitionen zur Strukturverbesserung effizienzsteigernd sein können. Das betrifft z.B. investive Maßnahmen, die an Stelle der Sanierung von stationären gemeindefernen Großeinrichtungen ambulanzbetonte regionale Versorgungsnetze ermöglichen.
- **Kostenminimierend** können Anreize zum Abbau von Überversorgung in bestimmten Bereichen sein, z.B. wenn im Rahmen regionaler Budgets eines Leistungsträgers die Unterschreitung von Leistungszahlen mit einer für den Leistungserbringer Ge-

Ökonomische Anreize für die Steuerung von Komplexleistungsprogrammen im Gemeindepsychiatrischen Verbund müssen

- qualitätsfördernd
- bedarfsbezogen
- leistungsbezogen
- flexibilitätsfördernd
- langzeitwirkend
- kostenminimierend sein.

Abb. 6: Gewünschte Wirkungen ökonomischer Anreize zur Steuerung von Komplexleistungsprogrammen

winn bringenden Ausgleichszahlung verbunden ist, aber im Folgejahr zur Budgetsenkung führt.

Es gibt viele Möglichkeiten zur Verbesserung der ökonomischen Steuerungsmechanismen. Vorrangig ist aus unserer Sicht jedoch, das System endlich vom Kopf auf die Füße zu stellen, d.h. von leistungsrechtlich und gewohnheitsmäßig begünstigten institutionszentrierten und zumeist stationären Angeboten auf die Implementation und Steuerung von Komplexleistungsprogrammen und zwar unter Rahmenbedingungen, die eine effiziente ambulante Leistungserbringung begünstigen.

Durch Kumulation der für die einzelnen Komplexleistungsprogramme notwendigen Mittel in einer Versorgungsregion ergibt sich, je Leistungsträger und insgesamt, wenn man will, das hierfür notwendige regionale Budget. Dieses kann nicht **allein** auf diesem Wege, – d.h. »von unten« – festgelegt werden. Denn die für die Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranken insgesamt aufzubringenden Mittel sind nicht zuletzt auch davon abhängig, wie viel die Gesellschaft für diese Gruppe aufzubringen bereit ist, d.h. das Budget ist nach oben begrenzt. Doch zunächst zum Einzelfall: Absicherung und Steuerung eines Komplexleistungsprogramms kann nur durch ein Bündel von Maßnahmen erreicht werden (s. Abb. 7). Der Leistungsanspruch darf nicht mehr oder weniger beliebig der Willkür von Anbietern oder Leistungsträgern überlassen

Implementation und Steuerung von Komplexleistungsprogrammen im Einzelfall durch

- Durchsetzbarkeit des Leistungsanspruchs
- Transparenz und fachliche Kompetenz bezügl. Planung, Entscheidung, Durchführung der Maßnahmen (z.B. Hilfeplankonferenz)
- Verstärkung der Nutzerkontrolle
- Qualifizierte Begutachtung
- Bedarfs- und leistungsgerechte Vergütung

Abb. 7: Implementation und Steuerung von Komplexleistungsprogrammen

werden, sondern muss durchsetzbar sein. Durch berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Kooperation und Dokumentation der Planungs-, Entscheidungs- und Durchführungsprozesse wird qualitäts- und wirtschaftlichkeitsfördernde Transparenz erreicht, die sich mit einer institutionalisierten Nutzerinnenkontrolle wechselseitig verstärkt. Eine Begutachtung in besonderen Fällen hinsichtlich fachlicher Notwendigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit beugt einem Missbrauch der Mittel vor, während intelligente, bedarfs- und leistungsgerechte Vergütungsformen die notwendige Begrenzung des Ressourceneinsatzes erleichtern. Sozusagen als Gegenpol ist die besondere Bedeutung zielgruppenbezogener regionaler Budgets eines Leistungsträgers zu erörtern. Aus meiner Sicht ist sie ein unverzichtbares Steuerungsinstrument, da im Bereich der psychiatrischen Versorgung, auch der von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen sowohl Leistungserbringer als auch Leistungsempfänger auf Grund der Komplexität der Problematik im Einzelfall eine verständliche Tendenz haben, Leistungsspektrum wie Leistungsdichte auszuweiten. Die Leistungsträger haben in der Vergangenheit immer versucht, einer Leistungsausweitung damit zu begegnen, dass sie Platzzahlen begrenzten oder den Aufbau notwendiger Einrichtungen und Dienste überhaupt verhinderten, z.B. im Bereich der medizinischen Rehabilitation, ganz in der Art einer *entwicklungshemmenden Planwirtschaft*. Zusätzlich ist in den letzten Jahren eine starre einrichtungsbezogene Budgetdeckelung in vielen Bereichen hinzugekommen, mit der Tendenz einer zusätzlicher Verfestigung. Sinnvoll dagegen wäre es, wenn jeder Leistungsträger ein

regionales Budget für die Zielgruppe der schwer und chronisch psychisch Kranken bilden würde auf der Grundlage von geprüften und kumulierten Einzelverordnungen. Dieses Budget wäre unter Berücksichtigung der Teilbudgets für verschiedene Leistungsbereiche wie unter Beachtung der Gesamtsumme in den Verhandlungen mit den verschiedenen Leistungsanbietern jährlich anzupassen mit den Möglichkeiten

- der bedarfsgerechten Umschichtung innerhalb des Budgets (z.B. von stationären zu ambulanten Leistungen)
- im Sinne einer Erhöhung bei bisher unberücksichtigten Hilfebedarfen oder einer Verminderung bei Überversorgung.

Ausgleichsvereinbarungen für Mehr- oder Minderbelegung bei Abweichungen von den vereinbarten jährlichen Leistungszahlungen könnten sowohl zu einer ökonomischen Absicherung beider Seiten als auch zu einer bedarfsgerechten Steuerung beitragen. Wir möchten dies als *weiche Deckelung* bezeichnen.

Grundlage der Verhandlungen muss aber jeweils der regionale Bedarf sein, der sich aus der Aufsummierung der Leistungsansprüche in den Einzelfällen ergibt (s. Abb. 8).

Ökonomische Steuerung des integrierten regionalen Hilfesystems bei der Erbringung von Komplexleistungsprogrammen für psychisch kranke Menschen heißt

Ausbalancieren des Spannungsfeldes

zwischen

Absicherung des **Leistungsanspruchs im Einzelfall**

und

regionalem Budget des Leistungsträgers (»weicher Deckel«)

Abb. 8: Das Spannungsfeld ökonomischer Steuerung

Ohne die Absicherung dieser Leistungsansprüche einschließlich einer angemessenen Feststellung und ggf. gutachterlichen Überprüfung des Hilfebedarfs ist das System instabil mit einer Tendenz fortgesetzter Benachteiligung insbesondere der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen durch zunehmende Budgetabsenkung, insbesondere in Zeiten mit sehr starken politischen Tendenzen zum

Sozialabbau. Andererseits ist ohne eine »weiche Deckelung« die ständige Leistungsausweitung auch bei Einsätzen von Gutachtern o.Ä. nicht aufzuhalten. Die Deckelung führt vielmehr auch dazu, dass innerhalb des regionalen Hilfesystems kreative Lösungen zur Deckung des Hilfebedarfs gesucht werden und die unnötige Behandlung von Menschen vermindert wird, die zu geringeren Kosten im angebotsorientierten Hilfesystemen oder im Vorfeld psychiatrischer Dienste ausreichend unterstützt werden könnten. Natürlich sind bei der Deckelung, die Grenzen einer Region überschreitenden Klientinnenströme zu beachten, was aber angesichts der Möglichkeiten elektronischer Datenverarbeitung heute kein Problem mehr sein sollte. Zusätzliche Gewinne an Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Hilfesystems würden sich ergeben, wenn die Leistungsträger ihre Maßnahmeprogramme sowohl im Einzelfall wie im Hinblick auf die regionalen Angebote miteinander abstimmen und vernetzen würden. Von der AKTION PSYCHISCH KRANKE sind hierzu auf der Grundlage von Gutachten von Igl und Mrozynski konkrete Vorschläge erarbeitet worden, die durchaus in ein mutiges SGB IX eingehen könnten und zu Strukturverbesserungen führen würden.

Abschließend möchte ich zu bedenken geben, dass wir uns in allen gesellschaftlichen Bereichen auf die notwendige differenzierte Steuerung komplexer Prozesse hinbewegen, eine Steuerung mit übergreifenden Zielvorgaben und Rahmenbedingungen und so weit möglich selbstorganisierten regionalen bzw. kleinräumigen Lösungen. Dabei spielen marktwirtschaftliche, aber auch andere Wettbewerbselemente eine wichtige Rolle. Sie zur einzigen oder obersten Maxime zu erklären, wäre nicht nur dumm, sondern ein Zeichen seelischen gestört Seins in einer gesellschaftlichen Dimension. Gute psychiatrische Hilfen kann man nur geben, wenn man bereit ist, verstörten Menschen zu begegnen, mit ihnen Leid und Verstörung auszuhalten und sich ihnen zuzuwenden. Lohn ist vor allem die Befriedigung, die sich aus dem wechselseitigen Verstehen und einer guten Entwicklung des Gegenübers ergibt. Die wesentlichen Anreize für alle, die in diesem Feld tätig sind, liegen daher vor allem in angemessenen, kooperativen, gut ausbalancierten und steuerbaren Strukturen des Hilfesystems und in der gesellschaftlichen Wertschätzung für die schwierige Arbeit.

Psychiatrie im europäischen Vergleich

Die Psychiatrie-Enquete im europäischen Vergleich ¹

Manfred Bauer und Thomas Becker

Nach dem 2. Weltkrieg gibt es keine, von wem auch immer verfasste, psychiatriepolitische Stellungnahme in Deutschland, der auch nur annähernd die Bedeutung jener beiden Bundestags-Drucksachen 7/1124 und 7/4200 zukommt, die seitdem als Enquete-Zwischenbericht (1973) und als Psychiatrie-Enquete (1975) bezeichnet werden. Darin wird nüchtern und weitgehend frei von unangemessenem Pathos die damalige Lage der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen dokumentiert und es werden weitreichende Vorschläge zur Verbesserung der Situation gemacht. Wenn nach jetzt 25 Jahren Zwischenbilanz gezogen wird, so ist – ausgesprochen oder nicht – die Psychiatrie-Enquete noch immer der Referenzpunkt, an dem das bis jetzt Erreichte gemessen wird.

Die Psychiatrie-Enquete ist in vieler Hinsicht ein deutsches Produkt und auch im europäischen Kontext ein Unikat. Sie ist kein Gesetz und insofern weder mit dem englischen Mental Health Act (1959, 1983) noch dem italienischen Gesetz Nr. 180 (1978) zu vergleichen, die in ihren Ländern der Psychiatrie-Reform einen enormen Auftrieb gaben. Ihre lang anhaltende Wirkung basiert vielmehr auf der Tatsache, dass die psychiatrisch Tätigen im Dialog untereinander und mit der politisch interessierten Öffentlichkeit sowie den Politikern auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene einen tragfähigen Konsens darüber gefunden haben, wie die weitere Entwicklung vonstatten gehen sollte. Bei allen schon in der Psychiatrie-Enquete selbst angelegten Sollbruchstellen, z.B. was die Zukunft der stationären Psychiatrie betrifft, haben die wesentlichen Prinzipien doch bis heute Bestand:

¹ Wir danken den Übersetzerinnen und Übersetzern I. Hölling, U. Brand, Dr. T. Behre, Dr. C. Hieronymus, Dipl.-Psych. T. Meyer, Prof. W. Rössler, Prof. M. Bauer, Prof. T. Becker

Gemeindenaher Versorgung, bedarfsgerechte und umfassende Versorgung, Koordination der Dienste, Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken. Dabei ist das einigende Band nicht zuletzt die Tatsache, dass diese vier von der Enquete-Kommission als »Rahmenbedingungen« bezeichneten Leitlinien so allgemein formuliert sind, dass jedermann sich schnell darauf verständigen kann, sie seien noch nicht umgesetzt und insofern die Reform noch nicht zu Ende.

Obwohl die Psychiatrie-Enquete zweifellos das Prädikat »Made in Germany« verdient, sind ihre Inhalte nur in einem internationalen, speziell einem europäisch-nordamerikanischen Kontext zu verstehen. Dies macht schon ein Blick in die Bundestagsdrucksache 7/4201 deutlich, den voluminösen Anhangsband zur Psychiatrie-Enquete. Hier finden sich darstellende Bewertungen der psychiatrischen Versorgungssysteme folgender Länder: England, Niederlande, USA, Schweden, Kanada und Dänemark sowie eine Reihe gutachterlicher Stellungnahmen zu bedeutsamen Einzelfragen, teils grundsätzlicher (Vorurteile/Stigma), teils struktureller Natur (Verzahnung von stationären und ambulanten Diensten). Stärker noch als in den im Supplementband zur Psychiatrie-Enquete versammelten Texten aufscheint, belegen jedoch die von den Mitgliedern und Nichtmitgliedern der Enquete-Kommission selbst in jener Zeit publizierten Reiseberichte nicht nur das Interesse an europäischen und nordamerikanischen Entwicklungen, es lässt sich auch teilweise bis ins Detail hinein verfolgen, wer von wem etwas gelernt hatte, lernen oder nicht lernen wollte bzw. es für hiesige Verhältnisse brauchbar oder unbrauchbar hielt. Dass manches davon Makulatur blieb und bleiben musste, hängt mehr mit den jeweiligen Unterschieden des gesellschaftlichen, politischen und finanzierungstechnischen Kontextes sowie der Ungleichzeitigkeit der länderbezogenen Reformaktivitäten zusammen, als mit einem grundsätzlichen Dissens über die strukturellen und personellen Gegebenheiten eines der Psychiatrie-Reform verpflichteten Versorgungssysteme.

Als 1978, zweieinhalb Jahre nach Vorlage der Psychiatrie-Enquete, die AKTION PSYCHISCH KRANKE ein erstes internationales Symposium veranstaltete, wurden neben den grundlegenden Gemeinsamkeiten aber auch die Unterschiede deutlich, die sich in den einzelnen Ländern herauszubilden begannen, wenn auch vielfach erst in Ansätzen oder in der psychiatriepolitischen Programmatik er-

kennbar. Am eindrucklichsten zeigte sich dies bei der Frage hinsichtlich der Zukunft der stationären Versorgung. Während in Deutschland die einzelnen Bundesländer sich in ihren Reformbemühungen »anstaltsfreundlich«, »abteilungsfreundlich« oder »neutral« verhielten, die Forderung, eine Anstalt zu schließen jedoch noch in weiter Ferne lag, wurde genau hierüber in England schon heftig diskutiert und nach praktischen Wegen gesucht, eine größere Anzahl psychiatrischer Krankenhäuser aufzulösen und die dadurch frei werdenden Mittel den Kommunen zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste zu übertragen. Inzwischen sind etwa 2/3 der früher existierenden psychiatrischen Krankenhäuser geschlossen worden, regional sehr unterschiedlich wird die Akutversorgung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern übernommen. Eine in dieser Beziehung ähnliche Entwicklung ist in Italien, in einigen Regionen Spaniens, vor allem aber in Schweden zu verzeichnen, das zwischen 1975 und 1985 die stationäre Versorgung ausschließlich 135 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern übertrug, die zur regionalen Versorgung in ihrem Einzugsbereich verpflichtet sind. In nahezu allen osteuropäischen Ländern, z. T. auch in Frankreich und in den Niederlanden, der Schweiz, Österreich und Luxemburg ist das psychiatrische Fachkrankenhaus dagegen in der stationären Versorgung nach wie vor dominierend. In Deutschland hält sich die Versorgungsleistung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen derzeit mit je 50 % aller Pflegetage die Waage und man könnte es entspannt der weiteren Entwicklung überlassen, wohin sich in Zukunft die Waagschale neigt. In keinem europäischen Land wird jedoch so grundsätzlich und teilweise ver-bissen darüber diskutiert, wie hier zu Lande.

Die dahinter stehende Frage, ob die Psychiatrie als Ganzes Teil des allgemeinen medizinischen Versorgungssystems werden sollte oder aber in ihrer Zwitterposition mit hälftigen Anteilen im Gesundheits- und Sozialwesen verharret, hat kein europäisches Land bisher eindeutig entschieden.

Die psychiatrischen Reformbemühungen der letzten 25 Jahre sind vor allem anderen gekennzeichnet durch eine Dezentralisierung der Versorgungsangebote, den Aufbau komplementärer und ambulanter Hilfen in der Gemeinde sowie die regionale Verzahnung der einzelnen Dienste untereinander und mit der bettenführenden Klinik. Der Etablierung einer gemeindepsychiatrischen Infrastruktur

mit dem Akzent auf der Behandlung chronisch Kranker korrespondiert ein z.T. erheblicher Bettenabbau, der sich in Deutschland wie folgt darstellt: Während die sog. Bettenmessziffer zu Zeiten der Psychiatrie-Enquete (1971) noch 1,6 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner betrug, ist sie in der Zwischenzeit auf etwa 0,7 Promille gesunken, allerdings mit einer beträchtlichen regionalen Spannweite zwischen ca. 0,5 Promille und 1,0 Promille, abhängig nicht zuletzt vom Ausbaugrad alternativer Gemeindestrukturen. Verglichen mit den europäischen Nachbarstaaten ist dies noch immer relativ hoch, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass in Deutschland sucht- und gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten traditionell zum psychiatrischen Versorgungssystem gehören, während sie z.B. in Italien außerhalb desselben betreut werden.

Die Konzentration auf die Behandlung chronisch psychisch Kranker in der Gemeinde sowie damit einhergehend die Auflösung der Langzeitbereiche in den Kliniken, ist ein zentraler Aspekt nicht nur der deutschen Psychiatrie-Reform, sondern findet sich in allen europäischen Ländern wieder. Damit am weitesten gekommen scheinen England und Italien, vielleicht auch noch Schweden, während die osteuropäischen Staaten das Schlusslicht bilden. Deutschland nimmt hier eine mittlere Position ein. Mit den dabei bekanntermaßen auftretenden Schwierigkeiten der Kooperation und Koordination haben jedoch alle europäischen Staaten zu tun, relativ unabhängig davon, ob sie eher zentralistisch oder föderalistisch organisiert sind. Dabei ist unverkennbar, dass es auch innerhalb der einzelnen Länder zu sehr unterschiedlichen regionalen Lösungen gekommen ist, sodass die Frage nahe liegt, ob in Zukunft nationale Vergleiche der einzige Maßstab sind, wenn es darum geht, den jeweils erreichten Stand der Psychiatrie-Reform zu dokumentieren oder aber, ob nicht grenzüberschreitende regionale oder lokale Besonderheiten und Trends im Vordergrund stehen. Einige Daten aus europäischen Studien und Gespräche mit Experten aus verschiedenen Ländern sprechen dafür.

Ein Problem, mit dem sich nicht nur die deutsche Psychiatrie, sondern alle europäischen Länder konfrontiert sehen, zentriert sich um die Frage »Arbeit für psychisch Kranke« respektive deren Arbeitslosigkeit. Dabei ist klar, dass bezahlte Arbeit nicht nur ein »tagesstrukturierendes Moment« bei der Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen darstellt, sondern mehr als alles an-

dere dazu beiträgt, gerade chronisch Kranke gesundheitlich zu stabilisieren. Trotz der in allen Beiträgen betonten Bedeutung angemessen entlohnter Arbeit und trotz der national durchaus unterschiedlichen Bewertung bezahlter Tätigkeit, ist arbeitsbezogene Rehabilitation ein Stiefkind der Psychiatrie-Reform geblieben, vielleicht mit der Ausnahme Schwedens, einem Land, das nach Abschluss der ersten Etappen der Psychiatrie-Reform landesweit mehrere hundert Rehabilitationsprogramme und -Projekte aufgelegt hat, mit einer klaren Verlagerung der Zuständigkeit weg von der Psychiatrie in die allgemeine soziale Infrastruktur der Gemeinden. Ein mit öffentlichen Mitteln gefördertes Entlohnungsmodell unterstreicht dabei den »nichttherapeutischen« Charakter der Arbeit und trägt insofern zur Normalisierung des Arbeitslebens psychisch kranker und behinderter Personen bei.

In den letzten 10–15 Jahren haben sich europaweit Angehörige und Betroffene organisiert und einen gewissen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Versorgungssystems genommen. Während auf europäischer Ebene Diskussionsbeiträge von Angehörigenorganisationen, z.B. EUFAMI, deutlich gehört werden, bleibt der Einfluss national in den meisten Ländern begrenzt. Allerdings hat das Gewicht der Angehörigen und ihrer Organisationen zugenommen, ganz besonders in England und den Niederlanden. Der von den Angehörigen eingeforderte »zivile Dialog« mit den Professionellen könnte daher schon bald in eine Form des demokratischen Miteinanders münden und in sofern das psychiatrische Versorgungssystem als Ganzes voranbringen.

Das »Internationale Symposium« im Rahmen der Tagung 25 Jahre Psychiatrie-Enquete hatte den Anspruch und die Absicht, die deutsche Entwicklung in einen größeren europäischen Zusammenhang zu stellen. Zum einen, um die eigenen Fortschritte an denen der anderen Länder zu messen, gleichzeitig aber auch unsere Nachbarländer mit der hiesigen Situation vertraut zu machen. Den Veranstaltern scheint dieses Unterfangen gelungen zu sein.

Aus Platzgründen konnten leider nicht alle Referate, die auf dem »Internationalen Symposium« gehalten wurden, in den vorliegenden Band aufgenommen werden. Insgesamt zehn Länder waren vertreten – Deutschland, England, Frankreich, Italien, Niederlande, Polen, Schweden, Spanien, Tschechien und Russland – lediglich die Beiträge aus England, Italien und Russland, aus Nutzerinnen- und

Angehörigenperspektive sowie drei Texte zur vergleichenden europäischen Perspektive erscheinen jetzt auch in deutscher Sprache. Die Auswahl zu treffen war nicht leicht und sie lässt sich auch nicht allein mit fachlichen Argumenten begründen. Wenn die Herausgeber sich gleichwohl für die genannten Beiträge entschieden, dann deswegen, weil – auf je unterschiedliche Weise – die Psychiatrie-Reformen in England und Italien von Deutschland aus besonders intensiv wahrgenommen wurden und die dortigen Entwicklungen noch immer kontrovers diskutiert werden (1, 2). Zugleich aber sollte mit Russland das für Deutschland wichtigste osteuropäische Land auch mit einem Beitrag in deutscher Sprache zu Wort kommen.

Durch die Publikation aller Referate in den weltweit verbreiteten englischsprachigen *Acta Psychiatrica Scandinavica* (3) kann aber jedermann nachlesen, wie in Deutschland der derzeitige Stand der Dinge ist und sie bzw. er mag ihn vergleichen mit denjenigen Ländern, die auf dem Symposium ebenfalls zu Wort kamen, oder auch mit ihrem bzw. seinem eigenen Land. Bei der Zusammenstellung der Beiträge ist uns erneut deutlich geworden, dass bisher niemand den Stein der Weisen gefunden hat, dass kein Land von sich behaupten kann, dass die Psychiatrie-Reform, zu der die ersten westlichen Ländern vor jetzt 40 Jahren aufgebrochen sind, jetzt schon an ihrem Ende angelangt ist. Deutlich geworden sind auch die großen regionalen und lokalen Unterschiede in den einzelnen Ländern, sodass in Zukunft zu erwarten steht, dass weniger von nationalen als von regionalen Vergleichen die Rede sein wird. Das macht wissenschaftliche Untersuchungen nicht leichter, ist aber zugleich ein starkes Indiz dafür, dass wir Europäer auf einem gemeinsamen Fundament stehen, das über Ländergrenzen hinweg verlässlich ist.

Literatur

1. DE GIROLAMO G. The present status of psychiatric care in Italy. *Nervenarzt* 2001; 72: 511–514.
2. HINTERHUBER H, LIENSBERGER D, TASSER A et al. The present state of psychiatric care in Italy. *Nervenarzt* 2001; 72: 501–510.

Psychiatrie in Europa – Probleme, Fortschritte und Herausforderungen¹

Wolfgang Rutz

Europäische Perspektiven und seelische Krankheiten

Europa gesehen aus der Perspektive der World Health Organisation (WHO) ist nicht mit der Europäischen Union gleichzusetzen. Es handelt sich um ein Europa bestehend aus 51 Nationen, welches von Irland bis Kamchatka und von Grönland bis Malta mit insgesamt 870 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner reicht. Es vereinigt eine riesige Bandbreite unterschiedlicher Lebensstile, und Lebensstandards, ferner gibt es große Unterschiede auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. Die Einkommensverhältnisse zwischen den ärmsten und den reichsten Ländern Europas sind bis zu 300-fach variabel, die Lebenserwartung schwankt bis zu 30 %. Einige Gebiete Europas weisen deutliche Zeichen von »Hospitalisierung« oder Bettenübersorgung auf, in anderen Regionen findet ein rascher Abbau von psychiatrischen Großanstalten statt, gleichzeitig fehlt es jedoch an der Bereitstellung gemeindenaher Versorgungsmöglichkeiten, psychisch kranke Menschen ohne festen Wohnsitz scheinen teilweise überhaupt keine nervenärztliche Hilfe zu erhalten (1, 2). Auch Europa ist voll von Stigmatisierung und Ausgrenzung, gerade hierdurch werden sowohl die Umgestaltung des psychiatrischen Gesundheitswesens als auch die Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft verhindert (3).

Auch in Europa sterben Menschen zu früh, diese hohe Morbidität ist im Wesentlichen durch Stress und Hilflosigkeit bedingt, die abnehmende Lebenserwartung findet sich insbesondere in den Ländern Osteuropas und hier vor allem bei Männern. Bemerkenswert erscheint, dass in einem dieser osteuropäischen Länder die Lebenserwartung innerhalb der letzten Dekade um zehn Jahre abgenom-

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

men hat (4). Für diese verfrühte Mortalität sind psychische Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen mit Suizidhandlung und Abhängigkeitserkrankungen, aber auch selbstgefährdendes Verhalten, Unfälle und andere gewaltsame Todesursachen verantwortlich, ferner spielen hierbei auch psychosomatische Krankheitsbilder wie beispielsweise kardiale und cerebrovasculäre Störungen eine Rolle. Gleichzeitig ist die Zahl der übertragbaren Erkrankungen wie Syphilis und HIV deutlich gestiegen, hierbei spielt mit Sicherheit auch eine erhöhte Risikobereitschaft in Bezug auf Sexualverhalten und Lebensstil (siehe Abbildungen 1–4) eine Rolle (4).

Es erscheint schwierig, eine klare Grenze zwischen psychischen Störungen und übertragbaren Erkrankungen zu ziehen. Ferner ist es sehr kompliziert psychische Störungen von körperlichen Erkrankungen zu unterscheiden. Der deutliche Mortalitätsanstieg in Osteuropa bildet einen ausgeprägten Kontrast zu der Stabilität und der Abnahme der Mortalität innerhalb der ursprünglichen Europäischen Union.

Auf Grund der beschriebenen Unterschiede in Europa bedarf es auf nationaler Ebene einer Einschätzung der psychischen Gesundheit. Gleichzeitig scheint es ratsam auf nationaler Ebene Grundsatzzprogramme zur Förderung psychischer Gesundheit zu verabschieden. Die WHO ist der Meinung, dass psychische Gesundheit das wertvollste Gut einer Gesellschaft ist, und dass sich kein Land leisten kann, dies zu ignorieren. Versicherungsschutz und Verbesserung des Gesundheitssystems sind wichtige Maßnahmen, um die seelische Gesundheit zu fördern beziehungsweise Erkrankung zu verhindern. Gleichzeitig ist es wichtig, die Bedeutung psychischer Gesundheit immer wieder zu betonen. Politische Veränderungen sollten bereits im Voraus danach überprüft werden, inwiefern sie die psychische Gesundheit einer Gesellschaft beeinflussen. Es sollten dementsprechend auch Ratschläge von Expertinnen und Experten bei politischen Entscheidungen miteinbezogen werden. In solche Überlegungen sollten sowohl die Kosten, welche bei einer Vernachlässigung der seelischen Gesundheit einer Gesellschaft entstehen, als auch die Kosten, welche die Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen mit sich bringen, berechnet werden. Es ist wichtig, Behandlungsverfahren weiterzuentwickeln und zu standardisieren, welche biologische, medizinische und psycho-soziale Angebote vereinigen. Letztendlich bedeutet dies ein gemeindenahes Psychiatrie-

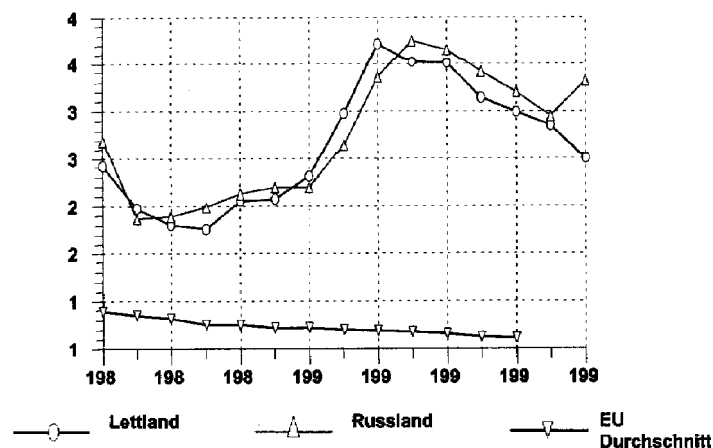


Abb. 1: Entwicklung der Mortalität: Selbstmord und Selbstverletzung, alle Altersgruppen, pro 100.000, aus (4)

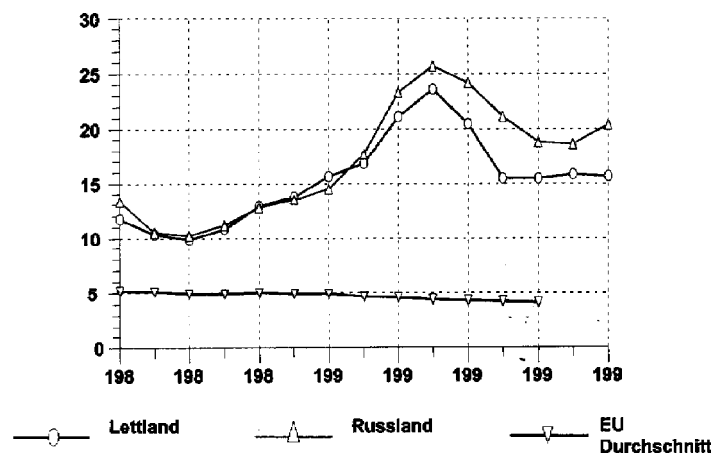


Abb. 2: Entwicklung der Mortalität – Äußere gewaltsame Gründe für Verletzung und Vergiftung, alle Altersgruppen, pro 100.000, aus (4)

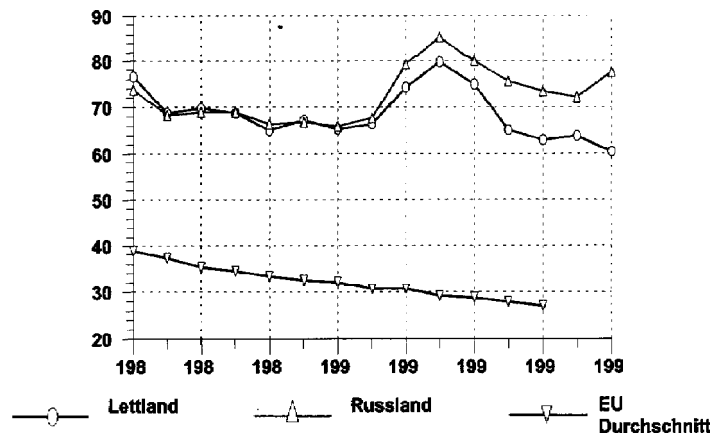


Abb. 3: Kardiovaskuläre Erkrankungen, alle Altersgruppen, pro 100.000, aus (4)

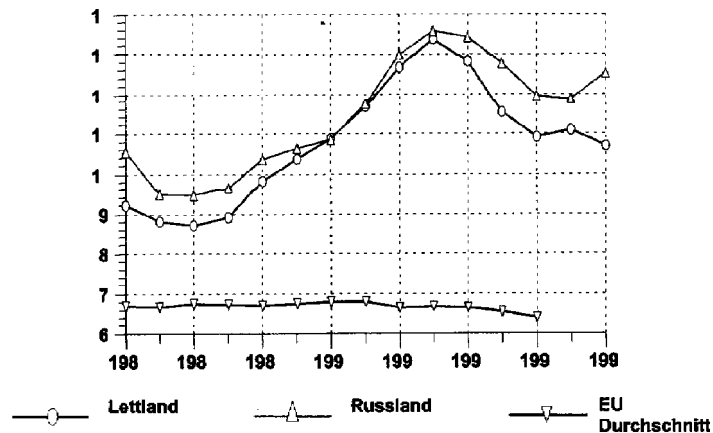


Abb. 4: Unterschiede in der Lebenserwartung Frauen und Männer, aus (4)

angebot aufzubauen, welches unterschiedliche Berufsgruppen vereint (5, 6).

Die WHO konzentriert sich in besonderem Maße auf die seelische Gesundheit von Flüchtlingen (7). Ferner wurde der Weltgesundheitsbericht und der Weltgesundheitstag 2001 dem Thema »Psychische Gesundheit« gewidmet (8). Die WHO ist darum bemüht, gemeinsam mit anderen Arbeitsgruppen innerhalb der Europäischen Union Qualitätsmerkmale zu entwickeln, welche an die HFA (Health For All) Daten angefügt werden können und leicht erhebbar, zugänglich und kontrollierbar sind. Die Ergebnisse einer Umfrage über psychische Gesundheit in allen Ländern Europas werden im Herbst 2001 im Rahmen der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts veröffentlicht. Es soll keine Rangliste aufgestellt werden, sondern man ist bemüht, vergleichbare Merkmale zu finden, um mithilfe dieser ein genaueres Bild des psychiatrischen Gesundheitswesens innerhalb Europas zu zeichnen.

Ausmaß notwendiger Veränderungen innerhalb des psychiatrischen Hilfesystems

Während in Teilen Osteuropas psychiatrische Großanstalten mit erheblicher und kustodialer Hospitalisierung existieren, herrscht stellenweise in Westeuropa eine psychiatrische Unterversorgung auf gemeindenaher Ebene, nach Dezentralisierung und Abschaffung großer Krankenhäuser. Der Fokus der WHO liegt auf der gemeindenahen Psychiatrieversorgung, welche Betroffenen professionelle Hilfe in ihrem gewohnten Umfeld anbietet. Diese Form der Hilfe soll die Menschen innerhalb ihres sozialen Netzwerkes also an ihrem Lebensmittelpunkt erreichen. Ein Problem hierbei ist die Schwierigkeit, Dezentralisation mit einem qualifizierten Gesundheitswesen zu verbinden. Es ist zwar leicht, Hilfsangebote zu dezentralisieren, jedoch muss hierfür oft ein hoher Preis gezahlt werden. Da es offensichtlich in psychiatrischen Großanstalten leichter ist, konkrete und spezialisierte Hilfe für Patientinnen und Patienten umzusetzen, geht Dezentralisation in der Regel mit einer weniger qualifizierten Patientinnenversorgung einher. Die Herausforderung besteht darin, gemeindenahe psychiatrische Dienste mit gut zugänglichen professionellen Angeboten und anerkannten Behandlungsmöglichkeiten zu kombinieren. Dies könnte möglicherweise durch die Einbezie-

lung von Allgemein- und Hausärztinnen bzw. -ärzten gelingen. Wichtig erscheint hierbei die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in das psychiatrische Behandlungskonzept mit einzubeziehen, zu unterstützen und zu beraten.

Eine weitere große Herausforderung zur Modernisierung der bestehenden psychiatrischen Dienste liegt im Krankenversicherungssystem. Versicherungen übernehmen oft nur bei akuten oder chronischen Symptomen psychischer Erkrankung die Behandlungskosten, d.h. Möglichkeiten zu Frühinterventionen werden nicht genutzt. Obwohl es zunehmend Berichte über die prognostischen und wirtschaftlichen Vorteile therapeutischer Frühinterventionen gibt, sind diese unter Politikerinnen und Politikern sowie Entscheidungsträgern großer Versicherungsanstalten in Europa kaum bekannt. In Zentral- und Osteuropa gibt es kaum wirtschaftliche oder soziale Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Gemeinde. Dies ist das Haupthindernis für den konsequenten Abbau psychiatrischer Großanstalten. Ferner dürfen Hausärztinnen und -ärzte häufig Betroffenen keine Psychopharmaka verschreiben, es steht Hausärztinnen bzw. -ärzten auch nicht zu, ihre Patientinnen und Patienten auf sozialer Ebene zu unterstützen. Dies gilt z.B. für die Suche nach Wohnraum oder der regelmäßigen Nahrungs- und Medikamenteneinnahme. Erfahrungen aus Erhebungen unterschiedlicher Mitgliedsstaaten unterstreichen die oben genannten Probleme.

Stigmatisierung und Ausgrenzung

Es scheint sinnvoll, Kampagnen, die sich gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung richten, umzuschreiben und realistisch zu halten. Die Diskriminierung psychisch kranker Menschen soll aufgezeigt werden. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig zu verdeutlichen, dass viele seelische Erkrankungen von vorübergehender Natur sind und mithilfe einer adäquaten Therapie zufrieden stellend überwunden werden können. Die Stigmatisierung stellt das größte Hindernis für eine frühe Behandlung dar und verhindert somit eine rasche Reintegration psychisch Kranker in die Gesellschaft.

Die Menschen fürchten sich oft vor den Dingen, die sie nicht kennen, gleichzeitig ignorieren sie ihre Ängste oder machen sich über diese lustig. Dies scheinen die Hauptgründe dafür zu sein, dass Stigmatisierung noch heute ein großes Problem in Europa darstellt. Es

ist daher außerordentlich wichtig, die Öffentlichkeit darüber zu informieren, dass jeder vierte Mensch während seines Lebens psychisch krank wird und dementsprechend Behandlung und Hilfe benötigt. Aufklärung ist wichtig, um die Mängel bei psychiatrischen Behandlungsangeboten und deren Finanzierung überwinden zu können. Das Problem der Stigmatisierung ist eng mit der Frage der Menschenrechte verbunden. Die Gestaltung des psychiatrischen Gesundheitswesens spiegelt die Qualität der Demokratie, des Pluralismus und der Toleranz einer Gesellschaft wieder. Demokratisierungs- und Versöhnungsprozesse auf dem Balkan und der Aufbau demokratischer Strukturen in Osteuropa zeigen sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit der psychischen Gesundheitsfürsorge auf. Es kann keinen Frieden ohne seelische Gesundheit geben, ebenso wenig gibt es seelische Gesundheit ohne Frieden. Daher zählt seelische Gesundheit zu den wichtigsten Bausteinen bei dem Wiederaufbau einer sozialen Gesellschaftsstruktur und des öffentlichen Dialoges. Darüber hinaus sind Fragen seelischer Gesundheit in Gesellschaften mit Kriegserfahrungen von besonderer Bedeutung.

Ausblick

Die Prädiktoren seelischer Gesundheit beziehungsweise seelischer Erkrankungen umfassen vor dem Hintergrund genetischer und biologischer Vulnerabilität Folgendes:

- das Ausmaß sozialer Zugehörigkeit, dies bedeutet das Gefühl innerhalb der Familie und des Freundeskreises verankert zu sein;
- das Gefühl, Teil eines sinnvollen Lebenskontextes zu sein;
- das Gefühl, das eigene Leben kontrollieren zu können, also nicht hilfloser Spielball des Schicksals zu sein.

Es ist ein Gefühl der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit, des Kontroll- und Identitätsverlustes und die Auflösung sozialer Integration stellt heute einen bedeutenden Nährboden für seelische Erkrankungen dar. Dies gilt insbesondere für die europäischen Länder, welche sich derzeit in einem Veränderungsprozess befinden (9). Das derzeitige Modell, welches die Verbindung zwischen Umwelt und Gesundheit betont, sollte erweitert werden. Auch physische Umwelteinflüsse, die zu psychischen Störungen führen und psychologische Umweltfaktoren, die körperliche Erkrankungen bedingen,

sollten berücksichtigt werden. Ein Konzept, welches die wechselseitigen Beziehungen zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit um den Aspekt des »seelischen Lebensraums« und der »seelischen Gesundheit« erweitert, ist erforderlich. Dieses Konzept sollte auch der Tatsache gerecht werden, dass der Mensch sowohl Körper als auch Seele ist. Behandlungskonzepte sollten also einen holistischen, respektvollen und übergreifenden Ansatz wählen.

Die Trennung zwischen Körper und Seele behindert weiterhin die Forschung und verhindert die rasche Einführung evidenzbasierter Behandlungsstrategien und adäquater Strukturen in der Gesundheitsfürsorge. Dies führt dazu, dass einige Patientinnen und Patienten nach alternativen und manchmal auch gefährlichen Behandlungsmethoden Ausschau halten. Es ist an der Zeit, qualitative und quantitative Forschung zu verbinden und humanistische und biologische Anschauungen miteinander zu verbinden. Ausschließlich und reduktionistisch auf biologische oder psychotherapeutische Konzepte zu verfallen, erscheint nicht ratsam, da kein Konzept allein Prozesse menschlichen Lebens mit all seinen Facetten berücksichtigen und positiv beeinflussen kann.

Ein Modell, das psychischer Gesundheit gerecht werden möchte, sollte Aspekte der Spiritualität aufnehmen. Spiritualität, die tolerant und respektvoll ausgeübt wird, kann durchaus als Bereicherung angesehen werden. Heutzutage wird der Wissenstransfer innerhalb Europas oft zu unilateral von West nach Ost getragen, dies scheint nicht immer günstig. Es ist an der Zeit, Wissensschätze der osteuropäischen Länder in den Westen zu tragen, zum Beispiel auf dem Gebiet:

- der Entwicklung umschriebener psychiatrischer Gesundheitsdienste, welche mit Flexibilität und Improvisation gute klinische Wissenschaft mit bescheidensten Mitteln erreichen;
- der Verbreitung osteuropäischer holistischer Behandlungsmethoden, die auch spirituelle und existenzielle Dimensionen berücksichtigen, Traditionen, die in Westeuropa verloren gegangen sind.

Gesundheitsförderung und Vorbeugung seelischer Krankheiten

Die Aufspaltung der Medizin in verschiedenste Teilbereiche baut oft hinderliche Grenzen auf. Diese finden sich auch bei Fragen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention, bei Meinungsverschiedenheiten von Anhängerinnen und Anhängern unterschiedlicher psychiatrischer Gesundheitskonzepte, und zwischen Vertreterinnen und Vertretern salutogenetischer und pathogenetischer Krankheitsmodelle. Diese unglücklichen Unterteilungen werden häufig von Befürworterinnen und Befürwortern rein soziologischer oder rein medizinischer Konzepte in einem Kampf um finanzielle Mittel heraufbeschworen. Es ist notwendig, diese aufgebauten Grenzen zu überwinden und sich darauf zu besinnen, dass zwischen Gesundheitsförderung und der Verhinderung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten fließende Übergänge bestehen. Ferner ist davon auszugehen, dass Lebensumstände, welche gesundheitsförderlich sind, gleichzeitig auch krankheitspräventiv wirksam werden können und somit zu einer Stabilisierung psychischer Vulnerabilität beitragen.

Es ist für alle Länder von großer Bedeutung, die seelische Gesundheit ihrer Bevölkerung zu würdigen und in diese zu investieren. Politische Veränderungen haben einen starken Einfluss auf die Befindlichkeit einer Bevölkerung, dieser Tatsache müssen die politischen Machthaber gerecht werden. Die Notwendigkeit zu handeln wird vor dem Hintergrund, dass in einigen Ländern die Sterberate psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Großanstalten bei 30 % liegt, deutlich.

Es gibt sogar eine Diskussion, ob man sich vermehrt um übertragbare oder nicht übertragbare Erkrankungen kümmern sollte. Es herrscht noch immer eine Kluft zwischen dem Verständnis und dem Konzept seelischer und körperlicher Erkrankungen. Dabei besteht die eigentliche Herausforderung heutzutage darin, die komplexen Zusammenhänge von Krankheitsentwicklung und Genesung zu begreifen, hierbei ist davon auszugehen, dass die Auseinandersetzung mit den meisten Erkrankungen einen multidisziplinären Ansatz erfordert, es ist wichtig fachübergreifend zu arbeiten und nicht in Debatten über unterschiedliche Therapiekonzepte stecken zu bleiben.

Patientinnen und Patienten nach einem Herzinfarkt benötigen sowohl intensivmedizinische Behandlung als auch Anleitung zum

Stressabbau; Patientinnen und Patienten, die an einer akuten Depression oder Psychose leiden, brauchen sowohl eine rasche Behandlung mit Psychopharmaka als auch ergänzende psychotherapeutische und soziotherapeutische Hilfestellungen. Sowohl die körperlichen als auch die seelischen Erkrankungen müssen in ihren Konzepten neu überdacht werden, und das Konzept vieler psychiatrischer Gesundheitsdienste, welches auf einem multifaktoriellen und multidisziplinären Ansatz beruht, könnte durchaus als innovatives Beispiel eines modernen Gesundheitswesens gelten.

Es scheint notwendig, die Bedeutung der qualitativen Forschung stärker zu betonen und den Wissensschatz gegenwärtiger Behandlungsstrategien zusammenzufügen. So kann man zu einer holistischen und wissenschaftlichen Sicht therapeutischer Möglichkeiten kommen. Metaphorisch gesagt, besteht heutzutage das Risiko, »den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen«, dies bedeutet, dass Kenntnisse und gesicherte Forschungsergebnisse häufig zu fragmentiert und nicht sinnvoll miteinander verbunden sind. Sie sind oft nicht in klinische Algorithmen integriert, da Forschungsprojekte dieser Art zu wenig belohnt, unterstützt und wertgeschätzt werden. Um psychische Gesundheit, psychiatrische Versorgungssysteme, Diagnostik und Verlaufsbeobachtungen zu ermöglichen, ist es notwendig, den derzeit bestehenden Forschungsfokus nicht nur auf randomisiert kontrollierte und quantitative Forschungsprojekte zu legen. Qualitative Forschung und klinische Erfahrung können durchaus Beweiskraft haben. Wie dies durchgeführt werden kann, ist zu Zeit auch innerhalb der WHO Gegenstand intensiver Diskussionen.

Koordination innerhalb und außerhalb der WHO

Die angesprochenen Herausforderungen, Probleme und Verbesserungsversuche benötigen eine koordinierte Vorgehensweise. Diese Koordination ist selbst innerhalb einer internationalen Organisation, wie der WHO, keine leichte Aufgabe. Positive Veränderungen zeichnen sich jedoch ab und das Arbeitsprojekt einer geschlossenen und enger zusammenrückenden WHO gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Ein weiterer Handlungsraum für geplante Verbesserungen ergibt sich aus der Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Europäischen Union. Hier hat es innerhalb der letzten zwei Jahre zunehmend gemeinsame Arbeitsgruppen und Projekte gegeben,

deren Schwerpunkt auf Krankheiten und Todesfällen liegt, welche im Zusammenhang mit Stress, Depression, Selbstmord stehen. Darüber hinaus entstehen Arbeitsgruppen zwischen staatlichen und nicht staatlichen Organisationen, dem privaten und dem öffentlichen Bereich, es gibt auch Arbeitsbeziehungen zwischen der WHO und privaten Trägern, welche zukünftig noch ausbaufähig sind. Gleichzeitig zielt die Arbeit der WHO darauf ab, innerhalb der Gesundheitssysteme und auf Staats- und Gemeindeebene interdisziplinär und fachübergreifend näher zusammen zu rücken. Um die Lebenssituationen und Aussichten der psychisch kranken Menschen innerhalb der Mitgliedsstaaten zu verbessern, müssen Ministerien unterschiedlicher Aufgabenbereiche (z.B. Gesundheit, Arbeit, Familie und Soziales) zusammenarbeiten, um gemeinsame und umfassende Angebote zu schaffen. Die Forschung auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit erfordert ebenfalls ein interdisziplinäres Vorgehen. Nur so kann der komplizierten Verflechtung psychischer Störungen mit der Vielseitigkeit menschlichen Lebens korrekt begegnet werden. Für das psychiatrische Gesundheitssystem ist es z.B. unerlässlich, mit Suchtberatungsstellen eng zusammen zu arbeiten. In der heutigen Gesellschaft nehmen Suchterkrankungen und risikoreiche Verhaltensweisen zu. Hieraus ergeben sich erheblich ansteigende Morbiditäts- und Mortalitätszahlen. Die Arbeit auf diesem Gebiet ist schwierig. Versuche, die auf die Verbesserung der seelischen Gesundheit Erwachsener hinzielen, werden von Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern des Gesundheitswesens sowie Politikerinnen und Politikern oft kritisch gesehen. Hier herrscht nicht selten der Irrglaube vor, dass durch vermehrte Hilfen für Menschen mit Depressionen, aggressiven Impulskontrollstörungen oder Substanzmissbrauch auch negative Folgen eintreten könnten. Diese Argumentation zeigt, dass selbst unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsplanung Vorurteile und Stigmatisierung fest verwurzelt sind.

Aussichten der europäischen Zusammenarbeit

Obwohl die WHO und die Europäische Union die europäischen Staaten aus unterschiedlichen Blickwinkeln sehen, rücken sie näher zusammen. Die Europäische Union vergrößert sich und die Länder Osteuropas und Zentralasiens sind darum bemüht, Gesundheitsdienste, klinische Richtlinien und Behandlungsstandards zu entwickeln, welche sich qualitativ an den Vorgaben Westeuropas orientieren, um somit gemeinsames Handeln und gegenseitigen Vergleich zu ermöglichen. Alle Länder Europas können von einander lernen. Die WHO hat ein gesamteuropäisches Netzwerk für seelische Gesundheit geschaffen, welches auch eine Verbesserung der bestehenden Hilfsangebote und eine Förderung seelischer Gesundheit beinhaltet. Gleichzeitig hat sich dieses Netzwerk zu einem Forum für den gegenseitigen Erfahrungs- und Forschungsaustausch entwickelt. Das Forum soll der gegenseitigen Unterstützung und kritischen Besprechung dienen. Die Entwicklung des psychiatrischen Gesundheitswesens ist über Landesgrenzen hinaus ähnlich, dies gilt auch für die Staaten Europas, die sich gegenwärtig in unterschiedlichen Stadien dieses Entwicklungsprozesses befinden.

Auch ethische Normen und demokratische Maßstäbe, gesellschaftliche Reife und Pluralismus sind im weiteren Sinne in diesem »Europäischen Haus seelischer Gesundheit« gefragt. Die Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Europäischen Union spielt hierbei in zunehmender Weise eine wichtige und entscheidende Rolle. Anstatt in gegenseitigem Konkurrenzverhalten zu stehen, verstärken und ergänzen sich beide Organisationen in zunehmendem Maße. Die gemeinsame Arbeit ist hierbei durch gegenseitigen Respekt geprägt.

Während die EU auf der einen Seite verpflichtet ist, sich um die Förderung seelischer Gesundheit in den Mitgliedsstaaten zu kümmern, ist sie auf der anderen Seite auch in der Lage, über die ihr eigene Legislative innerhalb der Mitgliedsstaaten Programme durchzusetzen. Darin stecken große Möglichkeiten.

Die WHO wird auf Wunsch der einzelnen Mitgliedsstaaten tätig, sie darf lediglich eine beratende Funktion ausüben. Sie bemüht sich in besonderem Maße um die osteuropäischen Länder. Der Einfluss der WHO beschränkt sich jedoch auf Ratschläge und technische Unterstützung. Die WHO kann keine Gesetze verabschieden oder Anweisungen geben.

Länder, die sich zu Zeit im Prozess der Aufnahme in die Europäische Union befinden, stellen einen Raum der Überschneidung und des Übergangs zwischen West- und Osteuropa dar, es ist davon auszugehen, dass sich erhebliche Veränderungen im Verlauf der Vergrößerung der Europäischen Union abzeichnen werden. Soziale Veränderungen innerhalb Osteuropas werden auch Konsequenzen für die seelische Gesundheit der dortigen Menschen haben und erfordern somit eine angemessene psychische Begleitung und Gesundheitsfürsorge in der nahen Zukunft. Gemeinsame Gesundheitsprogramme der Europäischen Union und der WHO konzentrieren sich auf Selbstmord und Depression, auf Risikogruppen innerhalb der Bevölkerung, auf Gesundheitspolitik und Förderung seelischer Gesundheit, auf Verbesserung der Hilfsangebote sowie die Hervorhebung und Umsetzung der Menschenrechte. Diese angesprochenen Projekte werden sowohl von der WHO als auch von der Europäischen Union gemeinsam unterstützt und gefördert. Wenn man von diesem Blickwinkel auf die Zukunft der Psychiatrielandschaft in Europa schaut und sich die Last psychischer Störungen vor Augen führt, gleichzeitig aber auch die Möglichkeiten für Behandlung, Verlaufskontrollen und Prävention psychischer Erkrankungen erkennt, so scheinen spannende und wichtige Herausforderungen im Zusammenhang mit der Vergrößerung der Europäischen Union vor uns zu liegen.

Literatur

1. HAUG HJ, RÖSSLER W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 115–122.
2. MUNK-JØRGENSEN P. Has deinstitutionalization gone too far?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 136–143.
3. WHO Regional Office for Europe. Health 21 – An introduction to the health for all policy framework for the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. *European Health for All Series* 1998; No. 5.
4. WHO Regional Office for Europe. HFA Statistical Database, Copenhagen, Denmark. Web-site www.who.dk/country information.
5. WHO Regional Office for Europe. Mental Health in Europe – Stop exclusion, dare to care. Copenhagen. World Health Day 2001 brochure.
6. WHO. Mental health around the world – Stop exclusion, dare to care. World Health Day 2001 brochure. Geneva

7. BRUNDTLAND GH. Editorial: Mental health of refugees, internally Displaced Persons and other populations affected by conflict. Acta Psychiatrica Scand 2000: 102: 159–161.
8. BRUNDTLAND GH. Editorial: World Health Day, 7 April 2001. Acta Psychiatrica Scand 2001: 103: 83–83.
9. VÄRNIK A. Depression and Mental Health in Estonia. WHO Report. WHO, Geneva 2000.

Über die Unmöglichkeit der Psychiatrie-Betroffenen-Position¹

Iris Hölling

Einleitung

Aus der Kritik an der Psychiatrie in ihren verschiedenen Formen sind seit 1970 in vielen Ländern antipsychiatrische, reformpsychiatrische und psychiatriekritische Diskurse, Praktiken und Bewegungen entstanden, z.T. innerhalb der Institutionen (z.B. durch Laing, Cooper, Basaglia), z.T. außerhalb als unabhängige Bewegungen von Psychiatrie-Betroffenen. Kritik an der Psychiatrie ist jedoch nicht erst 1970 entstanden, sondern fast so alt wie die Psychiatrie selbst. 1846 wurde z.B. in England die »Vereinigung der Irrenfreunde« auf Initiative John Percevals gegründet, die sich für die Rechte der Anstaltsinsassen einsetzte (1). Systematischere Zusammenschlüsse von Psychiatrie-Betroffenen finden sich jedoch erst im Zuge der neueren sozialen Bewegungen in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts in verschiedenen europäischen Ländern ebenso wie in den USA (2).

In diesem Artikel werden die Schwierigkeiten, *die* Psychiatrie-Betroffenen-Position zu beanspruchen, diskutiert und die Geschichte, die Ziele und die wichtigsten politischen Positionen des *European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP)* thematisiert. Einige andere Institutionen und Organisationen Psychiatrie-Betroffener werden ebenfalls beispielhaft vorgestellt. Der Einfachheit halber wird im Text teilweise nur von Betroffenen gesprochen, gemeint sind jedoch immer Psychiatrie-Betroffene. Die englische Bezeichnung (Ex-)NutzerInnen und Überlebende der Psychiatrie wird in diesem Text größtenteils durch Psychiatrie-Betroffene ersetzt, da dieser Begriff im Deutschen gebräuchlicher ist.

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

Selbstbezeichnung

Die Benennung bzw. die Selbstbezeichnung und -Definition war in der Psychiatrie-Betroffenen-Bewegung immer von großer Bedeutung, da die Betroffenen sich von den Fremdzuschreibungen »psychisch Kranke« oder »PatientInnen« distanzieren und ihre zumeist kritische Haltung zum psychiatrischen Krankheitsbegriff verdeutlichen wollten. Selbstbeschreibungen, die Betroffene in Opposition zu den von der Psychiatrie verwendeten Begriffen gebrauchen, sind: KonsumentInnen (consumers), NutzerInnen (von Einrichtungen), Überlebende der Psychiatrie, Psychiatrie-Überlebende, KlientInnen, Psychiatrie-Opfer, Ex-NutzerInnen, Ex-PatientInnen, Ex-Insassen, Verrückte, Irre. Die gebräuchlichsten Begriffe im Deutschen sind Psychiatrie-Betroffene und Psychiatrie-Erfahrene, die häufig synonym verwendet werden. Der Begriff Psychiatrie-Betroffene betont jedoch m.E. die Dimension der Gewalterfahrung in der Psychiatrie, wohingegen der Begriff Psychiatrie-Erfahrene, der auch vom *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)* benutzt wird, positivere bzw. neutralere Konnotationen hat.

Nach langen und schwierigen Diskussionen entschieden sowohl *ENUSP* als auch *WNUSP (World Network of Users and Survivors of Psychiatry)*, die Begriffe (Ex-)NutzerInnen und Überlebende der Psychiatrie zu verwenden, um den verschiedenen Gruppen und Positionen, die in diesen internationalen Nicht-Regierungsorganisationen repräsentiert sind, eine Identifikationsmöglichkeit zu bieten. Diejenigen, die sich als Überlebende der Psychiatrie verstehen, vertreten meistens eine antipsychiatrische Haltung, die eine radikale Kritik des psychiatrischen Systems impliziert. Diejenigen, die sich als NutzerInnen der Psychiatrie oder des psychiatrischen Versorgungssystems verstehen, streben eher eine Psychiatrie-Reform an und haben manchmal sogar psychiatrische Einrichtungen als hilfreich erlebt. In diesen verschiedenen Selbstbezeichnungen, mit denen sich Psychiatrie-Betroffene identifizieren, spiegeln sich schon einige der unterschiedlichen Positionen wider, die innerhalb der Betroffenen-Bewegung vertreten werden.

Das European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) – Das Europäische Netzwerk von (Ex-)NutzerInnen und Überlebenden der Psychiatrie

Die Geschichte und die Ziele des ENUSP werden vorgestellt, um einen Überblick über die wichtigste europäische Nicht-Regierungsorganisation von Psychiatrie-Betroffenen zu geben. ENUSP wurde im Oktober 1991 in Zandvoort in den Niederlanden gegründet. Dort versammelten sich 42 VertreterInnen aus 16 europäischen Ländern zur Gründungskonferenz.

»ENUSP ist ein Versuch, (Ex-)NutzerInnen und Überlebenden der Psychiatrie eine Möglichkeit zu geben, zu kommunizieren, Meinungen, Ansichten und Erfahrungen auszutauschen und sich gegenseitig in dem persönlichen, politischen und sozialen Kampf gegen Ausschlüsse, Ungerechtigkeit und Stigma in unseren jeweiligen Ländern zu unterstützen. Das Netzwerk zielt darauf, Institutionen, die auf einer europäischen Ebene Politik machen oder gestalten, zu beeinflussen, wobei es sich auf Gesetzgebung und Menschenrechtsangelegenheiten, die Entmedikalisierung der Psychiatrie und die Unterstützung von Alternativen zur Psychiatrie konzentriert.« (3)

Alle zwei Jahre treffen sich Delegierte der Mitgliedsorganisationen, die ENUSP in mehr als 40 europäischen Ländern hat, zu einer Konferenz, bei der die Politik, Ziele und Aufgaben für die nächste Zeit bestimmt werden. An der zweiten ENUSP Konferenz im Mai 1994 in Elsinore in Dänemark nahmen 70 Personen aus 25 Ländern teil. Die dritte Konferenz, die im Januar 1997 in Reading, England, stattfand, hatte 110 TeilnehmerInnen aus 40 Ländern. Bei der vierten Konferenz in Luxemburg im Januar 1999 wurde ENUSP formal als Vereinigung nach dem niederländischen Recht gegründet. Die nächste Konferenz soll im November 2001 in Slowenien stattfinden. Mitglieder von ENUSP sind nationale oder regionale Psychiatrie-Betroffenen-Organisationen. In Ländern, in denen keine nationalen/regionalen Organisationen existieren, können lokale Gruppen oder Einzelpersonen Mitglieder werden. Bei der Mitgliederversammlung, die während der zweijährlichen Konferenzen stattfindet, wird ein Vorstand gewählt, der aus der/dem Vorsitzenden und der/dem Ko-Vorsitzenden und VertreterInnen der fünf Regionen, in die ENUSP aufgeteilt ist, besteht. Das folgende Zitat aus ENUSPs Satzung illustriert die Hauptziele des Netzwerks:

- »1. Ziel der Vereinigung ist es die Rechte der (Ex-) NutzerInnen und Überlebenden der Psychiatrie zu definieren, zu verbreiten, voranzutreiben und zu verbessern, Alternativen zum konventionellen psychiatrischen System zu schaffen und zu unterstützen und psychiatrischen Missbrauch in Europa zu verhindern.
2. Die Vereinigung soll diese Ziele, neben anderen Aktivitäten, erreichen, indem sie:
 - jede Art von Diskriminierung von Personen, die dem psychiatrischen System unterworfen sind oder waren, anprangert.
 - die Entwicklung von Psychiatrie-Betroffenen-Organisationen in allen europäischen Ländern unterstützt.
 - auf europäischer Ebene die politik-bestimmenden Institutionen beeinflusst mit dem Schwerpunkt auf Gesetzgebung und Menschenrechtsangelegenheiten.
 - die Psychiatrie entmedikalisiert.
 - Psychiatrie-Betroffenen die Möglichkeit bietet, miteinander zu kommunizieren, sodass sie Meinungen, Perspektiven und Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig in ihrem persönlichen, politischen und sozialen Kampf gegen psychiatrische Ungerechtigkeit und Stigmata unterstützen können.
 - die Autonomie Psychiatrie-Betroffener, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, unterstützt.
3. Die Vereinigung ist gegen jeden einseitige Herangehensweise an psychische und emotionale Belastungen, Verrücktsein, menschliches Leiden und ungewöhnliche Verhaltensweisen und gegen deren Stigmatisierung.« (4)

Die meisten Psychiatrie-Betroffenen, die sich innerhalb von ENUSP begegnen, schätzen den Austausch und die Kultur des Respekts sehr trotz des Spektrums politischer, kultureller, religiöser und persönlicher Differenzen. Über dieses Forum für Austausch hinaus, geht es ENUSP darum, eine entscheidende Rolle auf dem internationalen Feld zu spielen, auf dem Psychiatriepolitik diskutiert und gestaltet wird. Daher versucht ENUSP, die Vorbereitung und Gestaltung internationaler Konferenzen mitzubestimmen, und die Meinungen der eigentlichen ExpertInnen auf die Tagesordnung zu setzen, d.h. Psychiatrie-Betroffene selbst zu Wort kommen zu lassen. VertreterInnen von ENUSP finden es oft äußerst schwierig, dieses Ziel zu erreichen, und sehen die Gefahr, nur als Alibi zu dienen. Das Ideal einer part-

nerschaftlichen Zusammenarbeit von psychiatrisch Tätigen und Psychiatrie-Betroffenen, in der die Betroffenen gleichermaßen vertreten und die gleichen Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten haben, wird bisher kaum erreicht.

Um die europäische Psychiatriepolitik zu beeinflussen und mitzugestalten, kommentiert und debattiert ENUSP Erklärungen, Positionspapiere, Politikrichtlinien der EU, Vereinten Nationen, Weltgesundheitsorganisation und anderer wichtiger Organisationen. Im April 1997 wurde ENUSP z.B. von der WHO gebeten, die geplante Erklärung zur Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung zu kommentieren. ENUSP machte u.a. folgende Vorschläge, um die Menschenrechte von Psychiatrie-Betroffenen zu fördern:

- »■ (Ex-)NutzerInnen und Überlebende der Psychiatrie sollten zu Anhörungen eingeladen werden, bevor Gesetze beschlossen und eingeführt werden;
- (Ex-)NutzerInnen und Überlebende der Psychiatrie sollten eingeladen werden, Ombudsmänner und -frauen auf nationaler Ebene zu werden;
- es sollte ein Gremium auf nationaler Ebene geben, an dem (Ex-) NutzerInnen und Überlebende der Psychiatrie beteiligt sind, das die Menschenrechte derjenigen, die psychische Störungen haben oder vermeintlich haben, überwacht und neue Behandlungsmethoden und Entscheidungen von Ethikkommissionen in Forschungsfeldern aufzeichnet;
- (Ex-)NutzerInnen und Überlebende der Psychiatrie sollten bezahlt in die Ausbildung und Bewertung von im Gesundheits- und Psychiatriebereich Tätigen einbezogen werden;
- irreversible Behandlungen von psychischen Störungen wie psychiatrische Psychopharmaka, Elektro- und Insulinschocks sollten nie an zwangsuntergebrachten/unfreiwilligen PatientInnen oder ohne informierte Zustimmung durchgeführt werden. PsychiaterInnen, die PatientInnen ohne informierte Zustimmung behandeln, sollten ihre Approbation verlieren;
- klinische Versuche und experimentelle Behandlungen sollten nie an unfreiwilligen PatientInnen ohne informierte Zustimmung durchgeführt werden. Einrichtungen, die irgendeine dieser Maßnahmen durchführen, sollten verpflichtet werden zu beweisen, dass entstandene Schäden nicht durch diese Maßnahmen verursacht wurden;

- Münztelefone, Schreibpapier, Briefumschläge und Briefmarken, unzensierte schwarze Bretter, Küchen, Räume für RaucherInnen und NichtraucherInnen sollten auf allen psychiatrischen Stationen vorhanden sein;
- PatientInnen sollten die Möglichkeit haben, täglich mindestens eine Stunde an der frischen Luft spazieren zu gehen;
- für jedes psychiatrische Bett sollte es ein Bett in einem anti- oder nicht-psychiatrischen Weglaufhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung geben. Jedes zweite psychiatrische Bett sollte in einer Soteria-ähnlichen Institution sein.« (5)

Die ausführlichen Kommentare und Kritik, die ENUSP und seine Mitgliedsorganisationen bezogen auf das von einer Arbeitsgruppe des Steuerungskomitees zu Bioethik (CDBI) des Europäischen Rates entworfene »Weiße Papier zum Schutz der Menschenrechte und Würde von Menschen, die an psychischen Störungen leiden, besonders derer, die in einer psychiatrischen Einrichtung zwangsuntergebracht sind«, vorgebracht haben, sind ein weiteres Beispiel dafür, wie ENUSP versucht, Einfluss auf europäische Menschenrechtspolitik zu nehmen. Als dieses Papier zu Konsultationen veröffentlicht wurde, haben die verschiedenen Mitgliedsorganisationen es gründlich diskutiert und Stellungnahmen formuliert, auf die sie ihre jeweiligen Regierungen aufmerksam machten. ENUSP verabschiedete ebenfalls eine Stellungnahme zur Kritik an dem Papier und wies auf dessen Gefahren von Zwangsbehandlung in der Gemeinde und seine Wirkungen, die die Menschenrechte von Psychiatrie-Betroffenen erheblich verletzen, hin. (Siehe auch: www.enusp.org.) Aus der Sicht von ENUSP fördert dieses »Weiße Papier« die Stigmatisierung von Psychiatrie-Betroffenen und widerspricht Resolutionen wie den »Schlussfolgerungen des gemeinsamen Treffens der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Kommission »Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care«. Für ENUSP sind die Entwicklung »innovativer und umfassender Psychiatriepolitik in Konsultation mit allen Beteiligten, einschließlich NutzerInnen und Angehöriger«, »die Entwicklung von neuen nicht-stigmatisierenden und Selbsthilfe-Ansätzen«, »die Entwicklung von Psychiatrie-Gesetzgebung, die auf Menschenrechten basiert, die Wahlfreiheit betont und die Bedeutung von angemessener Vertraulichkeit hervorhebt« die Kernpunkte dieses Konsensdokuments (6).

Betroffenen-kontrollierte Einrichtungen

Neben dem Einsatz für die Menschenrechte von Psychiatrie-Betroffenen und dem Engagement für psychiatrische Reformen oder wesentliche Veränderungen des psychiatrischen Systems war die Verbreitung von Selbsthilfe und Betroffenen-kontrollierten Einrichtungen schon immer eine zentrale Forderung der Betroffenen-Bewegung. Das Berliner Weglaufhaus ist ein aktuelles Beispiel einer alternativen Einrichtung, die Betroffenen-kontrolliert ist durch das Vetorecht der Psychiatrie-betroffenen Mitglieder des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V., dem Träger des Weglaufhauses (7). Das Weglaufhaus ist eine antipsychiatrische Kriseneinrichtung für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Psychiatrie-Betroffene, die dort für einen begrenzten Zeitraum zusammenleben können. Sie werden rund um die Uhr individuell entsprechend ihrer Wünsche und Bedürfnisse bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Schwierigkeiten unterstützt. Das Weglaufhaus bietet die Möglichkeit, eine Krise oder Verrücktsein ohne psychiatrische Psychopharmaka und psychiatrische Diagnosen zu durchleben (das Begleiten von Absetzprozessen ist Bestandteil des Angebots) und neue Perspektiven für ein Leben außerhalb des (sozial) psychiatrischen Netzes zu entwickeln. Die Hälfte der MitarbeiterInnen sind selbst Psychiatrie-Betroffene. Die BewohnerInnen organisieren den Alltag und ihr Zusammenleben selbst und werden als selbstverantwortlich für ihr eigenes Leben gesehen. Das Weglaufhaus arbeitet seit fast sechs Jahren erfolgreich und über 300 BewohnerInnen haben dieses Angebot bereits in Anspruch genommen(8).

In Helsingborg in Schweden bietet das Hotel Magnus Stenbock, das von der Betroffenen-Organisation RSMH betrieben wird, Psychiatrie-Betroffenen die Möglichkeit, in ihren eigenen Apartments zu leben und selbst zu entscheiden, ob sie mit den MitarbeiterInnen oder anderen BewohnerInnen sprechen möchten oder nicht. Es wird von der schwedischen Regierung finanziert und vollständig von Betroffenen betrieben.

In Deutschland bestehen ebenso wie in vielen anderen Ländern bundesweit zahlreiche Selbsthilfegruppen, die einen wichtigen Beitrag zum Empowerment Psychiatrie-Betroffener leisten. Darüber hinaus planen die nationale Betroffenenorganisation BPE und der

Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V., Beratungsstellen für Psychiatrie-Erfahrene einzurichten, wo Betroffene nicht-psychiatrische Beratung durch andere Betroffene finden können, ebenso wie Informationsmaterial, die Förderung von Selbsthilfegruppen etc. Ein Jahr lang konnte der BPE eine Person beschäftigen, die Psychopharmaka- und Absatzberatung angeboten hat.

Voice of Soul, eine ungarische Psychiatrie-Betroffenen Organisation, bietet auch Computer-Kurse und Sprachunterricht für ihre Mitglieder an und betreibt eine Kaninchenfarm, um Verdienstmöglichkeiten für die Mitglieder zu schaffen.

Diese Beispiele zeigen neben weiteren in anderen Ländern, dass Psychiatrie-Betroffene ihre eigenen Alternativen zum bestehenden psychiatrischen System schaffen. Psychiatrie-Betroffene sind nicht nur ExpertInnen auf Grund ihrer Erfahrungen, d.h. weil sie in der Psychiatrie waren und/oder Verrücktsein, außerordentliche Bewusstseinszustände und Wahrnehmungen etc. erlebt haben, sondern auch durch ihre Reflexion über diese Erfahrungen und durch all ihre anderen Qualifikationen. Viele Psychiatrie-Betroffene haben in Selbsthilfegruppen mitgearbeitet oder sich wechselseitig unterstützt oder in Betroffenen-kontrollierten Einrichtungen mitgearbeitet. In dieser Hinsicht haben sie also auch »professionelle« Qualifikationen zusätzlich zu ihren Qualifikationen als Psychiatrie-Betroffene, die diese Erfahrungen reflektiert und verarbeitet haben.

Der permanente Geldmangel ist das größte Hindernis auf dem Weg, mehr solcher Betroffenen-kontrollierter Alternativen zu realisieren. Große Anstrengungen, Beharrlichkeit und ein langer Atem sind nötig, bevor Psychiatrie-Betroffene angemessene Finanzierungsmöglichkeiten bekommen. Finanzierungsquellen waren schon immer ein Kernproblem in der Betroffenen-Bewegung. Die soziale Situation vieler Psychiatrie-Betroffener ist prekär und mit Ausnahme weniger Organisationen in Ländern wie Schweden fehlt es den Betroffenenengruppen ständig an angemessenen Geldquellen, um die geplanten Aktivitäten zu verwirklichen. ENUSP hatte ebenfalls immer finanzielle Schwierigkeiten. Die erste Finanzierung des European Desk in den Niederlanden, wo sich das Sekretariat von ENUSP befindet, kam von der niederländischen Regierung und zwei Jahre lang gab es eine Zuwendung der Europäischen Kommission. Seit 1999 gab es keine ausreichende Finanzierung mehr, wodurch ENUSPs Möglichkeiten, seine Ziele umzusetzen, stark reduziert sind.

Die Teilnahme an internationalen Konferenzen ist wegen fehlender Finanzierung auch oft nur eingeschränkt möglich. Wirkliche Betroffenenbeteiligung sicherzustellen, bedeutet auch, diese finanziell zu unterstützen. Außerdem bedeutet wirksame Betroffenenbeteiligung, Einfluss auf allen Entscheidungsebenen zu haben und von Beginn an einbezogen zu sein.

Schlussfolgerungen

Dieser Artikel stellt schlaglichtartig verschiedene Positionen von Psychiatrie-Betroffenen dar und verdeutlicht, warum es nicht die eine Betroffenen-Position geben kann, obwohl es große Übereinstimmungen zwischen den Betroffenen gibt. Es reicht nicht aus, willkürlich ausgewählte einzelne Psychiatrie-Betroffene einzuladen, die ihre Ansichten darstellen oder ihre Geschichte erzählen, um eine wirklich wirksame Betroffenenbeteiligung sicherzustellen. Wirkliche Betroffenenbeteiligung kann nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten in gleicher Anzahl, mit gleichen Rechten ebenso wie Ressourcen, gleicher Entscheidungsmacht und gleichen Einflussmöglichkeiten in allen Stadien eines Projekts, einer Initiative, einer Konferenz etc. zusammenarbeiten.

Literatur

1. PODVOLL E. The Seduction of Madness. Harper Collins, 1990. Dt.: Verlockung des Wahnsinns. München: Hugendubel 1994: 78ff.
2. Cf. CHAMBERLIN J. The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're going. Journal of Mind and Behavior 1990: Vol. 11, No. 3/4, 323-336. Dt.: Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfe-Bewegung. In: KEMPKER K, LEHMANN P (ed.). Statt Psychiatrie. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1993: 300-317. und OAKS D. Antipsychiatrie und Politik. In: KEMPKER K., LEHMANN P., a.a.O.: 443-448.
3. European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry. Information Brochure. For the history and development of ENUSP cf. also Roth K. Geschichte und Entwicklung des European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, 2000.
4. European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry. Third Conference, Reading, England, 1997, January 3-6, Report, European Desk, Feb. 1999: 26-27.

5. LEHMANN P. Perspectives of (ex-)users and survivors of psychiatry. In: LAHTINEN E., ed. Mental Health Promotion on the European Agenda. Report from a Consultative Meeting 15–16 January 1998, Helsinki, Finland [= »Themes from Finland«, No. 4/1998], Helsinki: STAKES Publications, 1998: 6368.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care: A joint World Health Organization/European Commission Meeting/European Commission. Brochure MNH/NAM/99.2. Brussels 1999: 9.
7. HOELLING I. Three years of Antipsychiatric Practice at the Berlin Runaway-house. Changes 1999: Vol. 17, No. 4: 278–288.
8. KEMPKER K ed. Flucht in die Wirklichkeit: Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, 1998.

Europäische Perspektiven – Aus Sicht der Familien¹

Ursula Brand

Einleitung

Die *European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People* (EUFAMI) wurde 1992 auf einem Kongress in Brüssel, Belgien, gegründet. Bereits 1990 hatte in de Haan in den Niederlanden ein Treffen stattgefunden, an dem rund 250 betroffene Familien aus zwölf westeuropäischen Ländern teilgenommen hatten. Damals wurde beschlossen, zusammenzuarbeiten und sich gegenseitig sowie ihren erkrankten Angehörigen zu helfen. Die gemeinsame Erfahrungen, die Belastungen sowie Zukunftsvisionen verbanden die Familien über die Grenzen hinweg, und sie sind nach wie vor die Grundlagen von EUFAMI. Bereits 1993 hatte Anneliese Fischer, ein Gründungsmitglied, mit Nachdruck die Visionen und Hoffnungen der Familien in einem vereinigten Europa betont (1). Mittlerweile ist EUFAMI die repräsentative Körperschaft von 17 freiwilligen Familien-Organisationen aus ganz Europa, die sich für die Interessen und Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und ihrer Angehörigen einsetzt.

Basisdaten

Im Jahre 1994 startete EUFAMI eine europäische Umfrage, die klären sollte, was Familien und Betroffene an Unterstützung benötigen. Die staatliche Versorgung von psychisch Kranken ist in Europa zwar sehr unterschiedlich, eines war aber damals bereits klar: »Wir, die Familienangehörigen, können uns nur auf uns selbst verlassen, um die notwendige Betreuung der Kranken leisten zu können und die auf uns zukommenden Probleme zu bewältigen. Niemand kümmert sich um die Familien!« (2)

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

Ziel der Umfrage war es:

1. zu erfahren, wie und inwieweit Menschen mit schwerer psychischen Erkrankung durch Familienangehörige und Freundinnen und Freunde unterstützt werden;
2. zu ermitteln, welche Hilfen und Unterstützungen Familien benötigen, um ihrer Aufgabe als Partnerin in der Therapie gerecht zu werden.

Die Ergebnisse wurden auf dem 2. EUFAMI-Kongress in Barcelona im Jahre 1995 vorgestellt und 1996 als Übersicht »The Silent Partners« veröffentlicht (2). Es handelt sich dabei um die größte in Europa durchgeführte Umfrage unter Familien, die Angehörige mit einer schweren psychischen Erkrankung betreuen. Die Aktivitäten von EUFAMI basieren auf den Schlussfolgerungen, die die Autorinnen und Autoren aus der europäischen Umfrage gezogen haben (2):

- I Auf Regierungsebene müssen Maßnahmen ergriffen werden, damit die Versorgung zu Hause sowohl finanziell als auch rechtlich tragbar ist (sehr wichtig ist z.B. die gelegentliche Betreuung des kranken Angehörigen in Krisenzentren. Durch den Abbau der stationären Einrichtungen in großen Teilen Europas wird dies zunehmend wichtiger).
- II Wissenschaftliche und epidemiologische Untersuchungen von psychischen Erkrankungen sind nötig, um die Krankheiten besser zu verstehen und die Betroffenen adäquat zu unterstützen.
- III Unverzichtbar sind Familien-Selbsthilfe-Verbände, die die Familienangehörigen von psychisch kranken Menschen unterstützen. Diese Selbsthilfe hat folgende drei Funktionen: (a) Motivation und Entlastung der betroffenen Familienmitglieder, (b) Kampagnen mit dem Ziel Unterstützung in den Medien und bei Behörden zu bekommen und (c) Sensibilisierung von Professionellen .
- IV Für den Aufbau leicht zugänglicher ambulanter Einrichtungen ist enorm viel Kreativität notwendig (gerade in kritischen Situationen sind viele Menschen auf unkomplizierten Zugang zu professioneller Unterstützung angewiesen).
- V Wichtig sind nach wie vor umfassende und verständliche Informationen über die medikamentöse Behandlung und damit verbundenen Nebenwirkungen.

Mitte der 90er-Jahre haben MAGLIANO et al. in fünf europäischen Ländern eine Untersuchung durchgeführt, welche sich mit der familiären Belastung sowie mit sozialen und klinischen Faktoren befassen, die Einfluss auf die Art von Bewältigungsstrategien von Familien haben, die Angehörige mit z.B. einer Schizophrenie betreuen (3, 4). Wegen der unterschiedlichen Studiendesigns ist ein direkter Vergleich mit der EUFAMI-Umfrage nicht möglich. Die aus dieser Studie gezogenen Schlüsse decken sich aber mit denen der EUFAMI-Umfrage. In allen Zentren war die Belastung der Angehörigen höher, wenn sie nur über geringe Bewältigungsressourcen verfügten und wenig soziale Unterstützung vorhanden war. Es stellt sich somit die Frage, wie diesen Familien bestmöglich geholfen werden kann (3). Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- I Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Probleme von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zur Bekämpfung von Stigma (4);
- II Unterstützung der Familien im Sinne einer Verbesserung des sozialen Netzes von Angehörigen (4); und
- III Unterstützung beim Aufbau von Selbsthilfegruppen von Familienangehörigen (4).

Informelle EUFAMI-Umfrage 2000

Bei der Tagung der AKTION PSYCHISCH Kranke wurden die Entwicklung und der Stand der Psychiatrie in neun europäischen Ländern aus der Sicht von Professionellen dargestellt. Die betroffenen Familien, die mit dem Versorgungssystem konfrontiert sind, beurteilen die drastischen Veränderungen und Verbesserungen natürlich aus ihrer Erfahrung sicher anders. Um die derzeitigen Mängel aus Sicht der Angehörigen dokumentieren zu können, wurde innerhalb von EUFAMI eine informelle Umfrage initiiert. Von insgesamt elf nationalen Familienorganisationen, die per E-Mail angesprochen wurden, haben sieben geantwortet (Vereinigtes Königreich – d.h. England, Schottland und Wales –, Schweiz, Norwegen, Spanien und Deutschland). Leider haben die osteuropäischen Länder nicht reagiert. Die zusammengefassten Ergebnisse beziehen sich daher nur auf die Aussagen von Familienorganisationen aus Westeuropa.

Bekommen Menschen, die wegen einer schweren, im Kindes- oder Jugendalter erlittenen Behinderung nicht arbeiten können, eine Rente oder sind sie auf Sozialhilfe angewiesen?

In der Schweiz und in Norwegen erhalten chronisch Kranke eine Rente, unabhängig davon, ob sie jemals gearbeitet haben. Mit Ausnahme von Deutschland wird in allen Ländern, die an der Umfrage teilgenommen haben, eine kleine Rente gezahlt, zusätzlich zu dieser Rente erhalten chronisch Kranke Sozialhilfe. In Spanien erhalten Menschen mit einer Behinderung von mindestens 33 Prozent eine sehr kleine Grundrente. Deutschland ist das einzige Land, in dem Menschen mit schwerer psychischer Behinderung in vielen Fällen gänzlich auf Sozialhilfe angewiesen sind. Verfügen die Eltern dagegen über ein bestimmtes Einkommen, müssen Leistungen in Einrichtungen, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden, von diesen entweder voll- oder mitfinanziert werden, d.h. die Patienten haben keinen oder nur geringen Anspruch auf staatliche Unterstützung.

Wie stark ist die Zahl von Krankenhausbetten reduziert worden?

Mit Ausnahme von Spanien ist in allen Ländern, die an der Fragebogenaktion teilgenommen haben, die Zahl der Krankenhausbetten drastisch reduziert worden, in Deutschland zum Beispiel bis zu 50 Prozent, in anderen Ländern sogar noch mehr.

Verfügen Allgemeinkrankenhäuser über psychiatrische Stationen?

Die Antworten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: In Allgemeinkrankenhäusern gibt es für psychisch Kranke nicht genügend Betten. Der Aufbau von psychiatrischen Stationen ist im Allgemeinen unbefriedigend, in manchen Regionen gibt es überhaupt keine. Wie üblich bestehen zwischen Groß- und Kleinstädten gravierende Unterschiede. In den meisten europäischen Ländern sind die Familien mit diesen Verhältnissen unzufrieden. Persönlichen Kontakten mit italienischen Familien ist zu entnehmen, dass diese mit dem enormen Abbau von Krankenhausbetten in ihrem Land überhaupt nicht einverstanden sind.

Sind Gemeindeeinrichtungen (z.B. Tagesstätten, Rehabilitationszentren, betreutes Wohnen)

a) akzeptabel in Bezug auf Quantität, Qualität und geografische Entfernung?

Vergleicht man die Länder miteinander sowie Groß- mit Kleinstädten, ergeben sich gewaltige Unterschiede. Auf jeden Fall gibt es nicht genügend Tageskliniken, und es fehlt an guten Rehabilitationsprogrammen. Sowohl die geringe Anzahl als auch die Qualität der verschiedenen Einrichtungen wurden in allen Ländern als inakzeptabel beschrieben. In den meisten Ländern wurde die geografische Entfernung als bedenklich beurteilt. Anscheinend ist das Ziel einer adäquaten, den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Versorgung im Umfeld des jeweiligen Patienten in den meisten Fällen nicht erreicht. Die meisten Gemeinden verfügen nicht über ausreichende Möglichkeiten, Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung angemessen zu integrieren.

b) Ist die Organisation der Versorgungseinrichtungen für Familien verständlich?

Alle Länder, die an der Fragebogenaktion teilnahmen, beklagten eine mangelnde Information. Viele Familien wissen nicht einmal, welche Dienstleistungen überhaupt angeboten werden. Aus einer 1995 im Vereinigten Königreich (Schottland) durchgeführten Umfrage wird dieser Mangel klar ersichtlich, und die NSF (Scottish Family Association) vermutet, dass er bis heute nicht behoben ist.

c) Ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen angemessen?

In allen Ländern wurde kritisiert, dass die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen mangelhaft ist. Hier einige Zitate: »Eigentlich nicht. Die systematischen Bemühungen um Information von und Kooperation mit Familien sind außerordentlich dürftig.« – »Nein, die Verantwortlichkeiten örtlicher Sozialdienste und örtlicher Gesundheitsdienste sind ziemlich nebulös.« – »Nein, im Allgemeinen ist die Kommunikation schlecht. Jede Einrichtung, jeder Träger entwickelt eine eigene Verfahrensweisen, ohne jede Koordination.«

d) Gibt es einen Case Manager?

In Deutschland und Spanien sind Case Manager bisher noch nicht etabliert. Die schweizerische Familienorganisation befürwortet einen Case Manager, da dort erhebliche Koordinationsdefizite bestehen. In vielen Regionen Norwegens gibt es inzwischen einen Case Manager. Zudem wurden Projektgruppen gebildet, die die Aufgabe haben, in jeder norwegischen Stadt ein Case Management zu etablieren. In Schottland gibt es einen so genannten »Care Manager«, in Wales sollte jede/jeder Patientin/Patient von einem »key worker« (psychiatrisch ausgebildete Pflegeperson oder »Care Manager« des Sozialdienstes) betreut werden.

e) Besteht die Ansicht, dass ein Case Manager sinnvoll ist, insbesondere beim Durchforsten des Dschungels von Institutionen (Zentren für psychiatrische Betreuung)?

In Ländern, die keinen Case Manager haben, hoffen Familien darauf, dass mit deren Einführung sich die individuelle Betreuung innerhalb und zwischen den Institutionen verbessert. Länder mit Erfahrung im Case Management stehen dieser Innovation positiv gegenüber. In einem der Länder denkt man darüber eher kritisch: »In vielen Fällen sind sie (Case Manager) für die Klienten der Gesundheitsdienste von Nutzen. Oft jedoch erfüllen sie ihre Aufgabe nicht ausreichend, besonders im Hinblick auf die Familienangehörigen.« Es stellt sich daher die Frage, ob die Erwartungen an Case Manager nicht zu hoch sind.

Werden die Familien als Partnerinnen respektiert?

Diese Frage wurde am negativsten beantwortet: »Die Familie trägt den Löwenanteil der Versorgung, sie ist der Mittelpunkt im System der Betreuung und Versorgung, trotzdem wird sie nicht als Partnerin respektiert.« Einige Länder gaben an, dass sich der Trend verbessert. Ein weiteres Zitat: »Im Augenblick noch sehr selten, obwohl es in dieser Hinsicht viele Lippenbekenntnisse gibt.« Insgesamt sind die meisten Familienangehörigen der Ansicht, dass sie nicht respektiert werden und ihnen kein Gehör geschenkt wird. In Norwegen und im Vereinigten Königreich wird ein neues Gesetz erwartet, in dem angeregt wird, Familien als gleichwertige Partnerinnen im Ver-

sorgungsteam zu akzeptieren. EUFAMI ist der Meinung, dass dies ein sehr gutes Beispiel ist, für das sich auch andere nationale Familienorganisationen einsetzen sollten.

Sind Familien an Therapiestrategien aktiv beteiligt und werden sie darüber informiert?

Die Antworten waren unterschiedlich, generell werden die Familien aber nicht ausreichend beteiligt. Einige Antworten waren: »Ziemlich selten.« »Nein, bisher nicht, allerdings fordert das neue Gesetz (s.o.) mehr Information und Beteiligung von Familienangehörigen« (Norwegen und Vereinigtes Königreich).

Verschanzen sich die Professionellen gerne hinter der Wahrung ihrer Schweigepflicht?

Die Antworten reichen von »Das hängt von der Einstellung des Einzelnen ab« bis »Die ärztliche Schweigepflicht wird oft als Ausrede verwendet, um nicht mit Familienangehörigen reden zu müssen.« – »Ja, die Schweigepflicht in Bezug auf den Patienten wird von Fachleuten oft missbraucht, um Angehörigen wichtige Informationen vorzuenthalten.« Sehr interessant sind dabei die Antworten der schottischen Familienorganisation: Die NSF (Schottland) hat ein Informationspapier erarbeitet, wie mit der Schweigepflicht umgegangen werden soll. Darin wird betont, dass die Primäraufgabe im Sinne der Klientinnen und Klienten sein muss, allerdings wird auch empfohlen, dass Angehörige, falls irgend möglich, aktiv beteiligt und zumindest mit allgemeinen Informationen versorgt werden sollten.

Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen die Schwierigkeiten auf, mit denen europäische Familien von psychisch kranken Angehörigen im Hinblick auf die neuen, sich ständig ändernden Versorgungssysteme im Bereich der Psychiatrie konfrontiert sind. Nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa sind in den vergangenen 25 Jahren grundlegende Verbesserungen erreicht worden, und in den Gemeinden haben sich sehr viele verschiedene Service-Institutionen etabliert. Allerdings können die Defizite, die vor 25 Jahren bestanden,

nicht mit den Problemen gleichgesetzt werden, die für Familien heute bei der Vielzahl psychiatrischer Einrichtung in der Gemeinde bestehen. Sie müssen mit den psychiatrischen Dienstleistungen, die heute existieren kooperieren können. Angehörige sind keine und können keine Experten des psychiatrischen Versorgungssystem sein. Sie brauchen ihre Kräfte, um die täglich anfallenden Aufgaben zu bewältigen. Obwohl nie gefragt, sind sie dennoch integraler Bestandteil des Versorgungssystems und zwar in erster Linie für chronisch psychisch Kranke.

Viele Fachleute neigen zu der Ansicht, dass die Familien »loslassen« sollen, damit ihre kranken Angehörigen ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben führen können. Da fragen sich die betroffenen Familien, wie dies bei Diensten realisierbar ist, die zwar nicht weit entfernt sind und unter Umständen Vakanzen haben, die aber vielleicht für die individuellen Bedürfnisse einer/eines bestimmten Patientin/Patienten ungeeignet sind. Oder wie lassen sich Probleme in einer geeigneten Einrichtung bewältigen, wenn diese zu weit vom Wohnort der Patientin oder des Patienten entfernt ist? In den letzten Jahren ist nicht nur die Zahl der Krankenhausbetten drastisch reduziert worden, auch die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ist kürzer geworden. Hinter diesem Trend steht das positive Konzept der Enthospitalisierung (Zunahme von Unabhängigkeit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten), allerdings spielen auch Überlegungen der Kostendämpfung eine wichtige Rolle. Wann immer sich die Gelegenheit bot, hörten die Familien von Fachleuten und Dienstleistungsplanern: »Ambulante Behandlung vor stationärer Behandlung«. Die Entwicklung einer gemeindenahen ambulanten Psychiatrie hat mit dem Ausmaß der Enthospitalisierung nicht Schritt gehalten. In manchen Gebieten gibt es so gut wie keine Einrichtungen, in anderen Regionen zahllose Zentren mit ebenso zahllosen Anbietern. Viele Benutzerinnen und Benutzer und deren Angehörige haben Schwierigkeiten, sich in diesem Labyrinth zu rechtzufinden. Viele Einrichtungen sind für chronisch Kranke ungeeignet, und so fallen sie viel zu oft durch das Netz der angebotenen Versorgung. Wie aus den Antworten der EUFAMI-Umfrage ersichtlich, sind die Familien meistens auf sich alleine angewiesen. Es gibt keine ausreichenden Informationen und die Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen ist ungenügend.

In Anbetracht der Tatsache, dass noch immer 40–60 Prozent der

chronisch Kranken mit ihren Familien leben, die nicht als Partnerinnen respektiert werden, sollte es den Verantwortlichen eigentlich einleuchten, dass die europäischen Familien Veränderungen und Umdenken verlangen, insbesondere im Hinblick auf die oben geschilderten Probleme. Angehörige sind zwar keine medizinischen Fachleute, dennoch fordern sie, dass Familienorganisationen, gemeinsam mit Patientinnenorganisationen, in ganz Europa in die Planung von psychiatrischen Einrichtungen eingebunden werden. Die »Kundinnen bzw. Kunden« des Systems haben die meiste praktische Erfahrung, da sie in der Praxis mit den Veränderungen und Verbesserungen (oder Verschlechterungen) von Versorgungseinrichtungen konfrontiert sind. Zu den von EUFAMI-Mitgliedern als Hauptaktivitäten für 1999–2001 definierten thematischen Prioritäten (Tabelle 1) zählen

- I) Etablierung von Interessenvertretungen in der Europäischen Union, II) Öffentlichkeitsarbeit, III) Vernetzung mit anderen Organisationen und IV) Austausch von Informationen und Modellen »of best practice« unter den Mitgliedern.

Weitere für EUFAMI besonders wichtige Themen sind Probleme im Zusammenhang mit Stigmatisierung und Diskriminierung, optimale professionelle Versorgung sowie Unterstützung der Selbsthilfe und Verbesserung von Selbsthilfestrategien. Der Aktionsplan von EUFAMI soll dazu beitragen, bessere Ressourcen für Gesundheitsdienste und soziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Familien zu gewährleisten und eine gesetzliche Gleichstellung in ganz Europa sicherzustellen.

Kontaktadresse:

EUFAMI

Groeneweg 151

3001 Heverlee

Belgium

E-mail: Eufami@village.uunet.be

Internet: www.eufami.org

Tab. 1: Hauptaktivitäten von EUFAMI von 1999–2001

- **Lobbying in der EU**
Im Jahre 1999 hat EUFAMI eine europaweite Kampagne gestartet, deren Ziel es war, Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Familien bestmöglich zu unterstützen. Alle Mitgliedsorganisationen sammelten Unterschriften für eine Petition, die beim Meeting »Mental Health on the European Agenda«, das im Oktober 1999 in Tampere, Finnland, stattfand, überreicht wurde.
- **Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und Koordination mit nationalen Pressekampagnen**
Ein Beispiel für eine derartige Aktivität war im Jahre 1999 die Pressemitteilung über eine Umfrage, die zeigte, dass es für Menschen die an einer psychischen Erkrankung leiden immer noch schwierig ist, die bestmögliche Behandlung zu bekommen. EUFAMI hat damals eine Pressekonferenz organisiert. In den Niederlanden hat die Pressemitteilung sogar das Interesse einer überregionalen Zeitung geweckt.
- **Vernetzung mit anderen Organisationen**
Zu den Organisationen, mit denen EUFAMI zusammenarbeitet zählen die W.P.A. (World Psychiatric Organisation), M.H.E. (Mental Health Europe), W.S.F.A.D (World Schizophrenia Fellowship and allied Disorders), E.D.F. (European Disability Forum), N.A.M.I. (die »EUFAMI« der Vereinigten Staaten). Diese und andere Organisationen bieten eine geeignete Plattform für eine offene Diskussion von Fragen und Problemen, um Einfluss auf Entscheidungen in der Europäischen psychiatrischen Gesundheitspolitik nehmen zu können.
- **Austausch von Informationen und Therapie-Modellen zwischen den EUFAMI Mitgliedern**
EUFAMI wird auch weiterhin nach Möglichkeiten und Wegen suchen, um sich zu treffen und Informationen auszutauschen: Durch persönliche Kontakte oder über seinen Newsletter »Working together«, über ihre Homepage und per E-Mail.

Literatur

1. FISCHER A. Familien in Europa ziehen an einem Strick. Psychosoziale Umschau 1993;1:19–20.
2. HOFGMANN G, DE VLEESSCHAUWER R. The Silent Partners. The needs of the caring family of people with a severe mental illness. A European perspective. EUFAMI, Groeneweg 151, 3001 Herlee, Belgium, 1996.
3. MAGLIANO L, FADDEN G, Madianos M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:405–412.
4. MAGLIANO L, FADDEN G, ECONOMOU M et al. Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998;33:413–419.

Die europäische Perspektive psychiatrischer Reformen¹

Thomas Becker und José Luis Vázquez-Barquero

Einleitung

Die Evaluation psychiatrischer Reformprozesse ist schwierig. Wenn die Reformprozesse in der Versorgung psychisch kranker Menschen in verschiedenen Ländern vergleichend betrachtet werden, so wird die Aufgabe nicht einfacher. Es hat in den letzten Jahren eine Reihe vergleichender Studien psychiatrischer Versorgung in Europa gegeben (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). In einer Zeit, in der die Länder der europäischen Region dichter zusammenrücken, wird die Bedeutung der europäischen Perspektive zunehmen, angemessene Forschungsmethoden werden benötigt. Psychiatrische Reformprozesse werden durch breite soziale, kulturelle und wissenschaftliche Entwicklungen vorangetrieben. Dies ist während der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich der Fall gewesen (8). Das letzte Viertel jenes Jahrhunderts ist durch Reformprozesse in der psychiatrischen Versorgung geprägt worden. Für die psychiatrische Versorgungsforschung ist es schwierig gewesen, der Geschwindigkeit und Komplexität dieser Veränderungen Rechnung zu tragen, wenn man von Ausnahmen wie der englischen Evaluationsforschung zu Deinstitutionalisierung, Umgestaltung des Versorgungssystems und gemeindepsychiatrischer Versorgung absieht.

Das Supplement der *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2), welches die Vorträge des internationalen Symposiums anlässlich der Tagung »25 Jahre Psychiatrie-Enquete – Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform« vereint, bezieht sich auf den grundlegenden Reformansatz der Psychiatrie-Enquete für die Bundesrepublik Deutschland einerseits und den Kontext europäischer Psychiatrie-Reformen andererseits. Wesentlich ist auch im europäischen Zusammenhang, dass die Enquete klare Leitlinien formulierte,

insbesondere den Prinzipien umfassender und koordinierter gemeindepsychiatrischer Behandlung und der Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken Rechnung trug. Damit ist die Bezugnahme auf die Psychiatrie-Enquete hilfreich auch in der Betrachtung der europäischen Reformprozesse.

Während des internationalen Symposiums diskutierten Expertinnen und Experten die psychiatrischen Reformprozesse in neun Ländern. Diese Beiträge sollten den internationalen Kontext des Reformprozesses in Deutschland skizzieren und einen orientierenden Eindruck davon geben, wie sich die psychiatrische Versorgung in Europa seit etwa 1975 entwickelt hatte. Die Sichtweisen von Patientinnen/Patienten, Nutzerinnen/Nutzern (Ex-Nutzerinnen/Nutzer) sollten in die Diskussion einfließen, was seinen Ausdruck darin fand, dass das Symposium durch zwei Vertreterinnen von (Ex-)Nutzerinnen- und Angehörigen-Organisationen mitgeleitet wurde.

Methode

Das Supplement der *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2) erlaubt eine Betrachtung der Entwicklung von Psychiatrie-Reformen in neun europäischen Ländern (Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Polen, Russland, Spanien, Schweden und England und Wales). Das Supplement enthält weiterhin drei Beiträge aus Angehörigenperspektive (Situation in Deutschland und vergleichende europäische Betrachtung) sowie aus europäischer Perspektive aus der Sicht von (Ex-)Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Dienste.

Die Länder, die während des Symposiums behandelt wurden, reichen vom Osten zum Westen Europas und schließen Länder im Norden und Süden der europäischen Region ein. Diese Länder unterscheiden sich erheblich, was ihre geografische Ausdehnung, Bevölkerungsgröße, politische und ökonomische Systeme, das Sozialsystem und die wohlfahrtsstaatliche Verfassung anbelangt. Die Unterschiede umfassen die Struktur des Gesundheitssystems, die Organisation des psychiatrischen Versorgungssystems und viele andere relevante Merkmale. Im vorliegenden Text werden einige der Ähnlichkeiten und Unterschiede auf der Grundlage von summarischen Tabellen dargestellt.

Tabellen 1–3 beschreiben einige wichtige Charakteristika, Eigenschaften, Indikatoren und Deskriptoren der jeweiligen Länder,

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

der Gesundheitsversorgung, des psychiatrischen Versorgungssystems, der Versorgungsprozesse und -Ergebnisse. Die Angaben in den Tabellen beruhen auf Expertinneninformationen durch die Autorinnen und Autoren der Beiträge beim internationalen Symposium¹. Angesichts der Vielzahl von Themen und Themenbereichen, welche in den Tabellen behandelt werden, ergibt sich zwangsläufig, dass die Datenbasis für die Antworten aus den verschiedenen Ländern und zu den verschiedenen Fragekomplexen unterschiedlich ist und von nationalen Statistiken zu Expertinneneindrücken und -meinungen reicht. Daher sollten die Tabellen mit entsprechender Vorsicht und unter Berücksichtigung dieser Heterogenität der Datenbasis diskutiert werden. Der Zweck der Tabellen ist, anhand eines einfachen und einheitlichen Rasters eine ungefähre Idee von dem Maß an Homogenität und Variabilität in den verschiedenen europäischen Ländern zu geben. Dieser Eindruck mag als Hintergrund dienen, wenn die einzelnen Beiträge des Supplements der *Acta Psychiatrica Scandinavica* beziehungsweise die Auswahl der im vorliegenden Band veröffentlichten Beiträge gelesen werden.

Ergebnisse

Tabelle 1 führt summarische Indikatoren der nationalen sozialen und Gesundheitsversorgungssysteme sowie psychiatrischen Versorgungssysteme auf. Die Bevölkerungen der behandelten Länder reichen von 9 Millionen (Schweden) bis zu etwa 149 Millionen (Russland), es finden sich Gesundheitssysteme, die auf dem Versicherungsprinzip basieren sowie Gesundheitsversorgungssysteme, die nach dem Modell eines nationalen Gesundheitsdienstes funktionieren. Die Finanzierungsmodalitäten schließen Wohlfahrts- oder Transferzahlungen aus verschiedenen Quellen, Krankenversicherungsleistungen sowie private Geldzahlungen ein. Die durchschnittliche Versorgung mit Psychiaterinnen und Psychiatern reicht von 5,5 bis 20 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, etwa zwischen 5 % und 10 % aller Gesundheitsausgaben fließen in die Psychiatrieversorgung. Ort stationärer Behandlung sind zumeist psychiatrische Krankenhäuser, wo die Zahl der Betten allerdings deutlich abgenommen hat sowie psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Es hat einen Trend hin zu neuen Formen stationärer Versorgung gegeben, das wichtigste Modell sind hier bettenführende Abteilun-

gen an Allgemeinkrankenhäusern. Die meisten Reformen haben auf eine Verminderung der Rolle der alten psychiatrischen Krankenhäuser im Versorgungssystem gezielt, mehrere nationale Reformprogramme haben die Schließung psychiatrischer Krankenhäuser als eines ihrer Ziele genannt. Nichtsdestotrotz halten psychiatrische Krankenhäuser, in denen an den meisten Orten die strukturellen Bedingungen und therapeutischen Standards erheblich verbessert wurden, nach wie vor in den meisten Ländern psychiatrisch stationäre Behandlung, auch die psychiatrische Akutbehandlung vor. Die Versorgung mit Langzeit-Wohnangeboten ist sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder unterschiedlich und umfasst Wohn- und Pflegeheime, Gruppenwohnungen und Häuser mit betreutem Wohnen unterschiedlicher Größe, Formen dezentralen betreuten Wohnens sowie Wohneinrichtungen in psychiatrischen Krankenhäusern. Informelle Hilfen und Betreuung durch Familienangehörige waren und sind essenzielle Elemente der Psychiatrie-Reformen. Allerdings wird von informellen Helferinnen und Helfern sowie Angehörigen sehr oft beklagt, dass ihnen nur unzureichende Unterstützung zuteil wird. Die Verfügbarkeit stationärer psychiatrischer Behandlungsplätze (Betten) variiert von 17 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (ausschließlich psychiatrische Akutbetten) in Italien bis zu 165 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Frankreich. Alle genannten Länder verfügen über gemeindepsychiatrische Zentren, alle stützen sich in der einen oder anderen Weise (nicht immer mit allen Komponenten des Versorgungssystems) auf das Prinzip des Sektors oder Einzugsgebietes. Die Haupteinnahmequellen für Menschen mit ernsten und überdauernden psychiatrischen Erkrankungen sind unterschiedlich, sie umfassen zumeist Wohlfahrts-Transferzahlungen, Erwerbsunfähigkeits- und Invaliditätsrenten. Zusammenfassend gibt es in der Struktur der Versorgungssysteme sowohl Ähnlichkeiten als auch substanzielle transnationale (und gewichtige regionale) Variationen.

Tabelle 2 beschreibt einige Aspekte des Prozesses psychiatrischer Reformen. Lokale und regionale Variation wird in allen Ländern beschrieben, jedoch benennen die Experinnen und Experten aus mehreren Ländern auch einheitliche nationale Trends. Die psychiatrische Versorgung ist auf erhebliches Medieninteresse in den meisten Ländern gestoßen, in allen besprochenen Ländern hat es in dem zur Rede stehenden Zeitraum unterschiedliche Initiativen der Regierungspo-

Tabelle 1: Länder und Versorgungssysteme

Bevölkerung	Gesundheitssysteme	Finanzierungsform	Psychiater pro 100.000 Einw.	Anteil Psychiatric-Budget am Gesundheitsbudget	Ort stationärer psychiatrischer Versorgung	Ort von Langzeitwohngelboten	Psychiatrische Betten pro 100.000 Einw. (Allgemeinpsychiatrie)	Gemeindepsychiatrische Zentren	Sektorisierung, wenn ja mittlere Bevölkerung	Hauptkennquelle für schwer psychisch Kranke
England und Wales	53 (UK 59.5)	NGD	?	-10	PAAK, einige PKH ²	Spektrum von Wohnheimen, Gruppenwohnungen und -häusern, betreuten Wohnformen	332 ³	Ja	Ja, Schätzung: 30.000-80.000 ⁴	W
Frankreich	66	NKV	KV,W	20	13	PKH, PAAK, PRIKH	165	Ja	Ja, 70.000	EU-Rente, W
Deutschland	80	KV	W>KV>RV	~12	?	PKH=PAAK	40-80	Ja ⁵	Ja, nur stationäre Behandlung	W
Italien	57.7	NGD	W	8,8 ⁶	= 5	PAAK	17 (nur stationäre Akutversorgung)	Ja, 695	Ja, ~150.000	EU-Rente, W
Polen	38.7	KV	KV>W/Steuer n	~ 6.4	-4 ⁷	PKH>PAAK	57.0	Ja, >700 Ambulanz	Nicht bindend, meist Behandlung entspr. alten Einzugsgebieten, 50.000-300.000	EU-Rente

Russland	148.5	NGD	Steuern	9.5	?	PKH	PKH, WPH, Familien	125	Ja, Dispen-saires	Ja	W (eher gering)
Spain	40	NGD	W/KV/PRI	5.5	zwischen 5 und 10 ⁸	PKH/PAAK	PKH/WPH/BW, Familien	Gesamt 50.8 (33.8 mittl. u. langfristige Aufenthalte)	Ja, 555 GPZ	Ja, 55.000-100.000	W, EU-Rente
Schweden	9	NGD	W/KV/PRI	13 (Fachärzte)	10	PAAK	PAAK, WPH (meist Sozialdienste)	65	Ja, ganz Schweden	Ja, 25.000-200.000 ⁹	EU-Rente
Niederlande	16	KV	KV	14.3 ¹⁰	8.8	PKH>PAAK	PKH, BW in PKH, 50 GW in Gemeinde		Ja	Ja, 250.000-270.000	W

Fußnoten siehe S. 288

BW – betreute Wohnformen; GPZ – Gemeindepsychiatrische Zentren; GW – Gruppenwohnungen; KV – Krankenversicherung; NGD – Nationaler Gesundheitsdienst; NKV – Nationale Krankenversicherung; PAAK – Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; PKH – Psychiatrische Krankenhäuser; PRI – Privat; PRIKH – private Krankenhäuser; RV – Rentenversicherung; W – Wohlfahrts-Transferzahlungen; WH – Wohnheime; WPH – Wohn- und Pflegeheime

Tabelle 2: Reformprozess

	Einheitlich vs. regionale Variation	Psychiatrische Versorgung	Politik-Fokus	Konsistente White papers, Enquetes, nationale Daten-erhebungen o.A.	Tagesbetreuung, -ung/-behandlung, zentraler Reform-Baustein?	Sind GPZ zentral für Reformprozess gewesen?	Zugang zum Arbeitsmarkt der Reform?	Fortschritt bei Integration von psychiatrischen und Sozialdiensten?	Wohngabote zentraler Baustein der Reform?	Psychiatrische Rehabilitation zentraler Reformbaustein?
England und Wales	LV > RV eher hin zu mehr Einheitlichkeit	Ja, sehr	Ja	Recht konsistent	Ja, zahlreiche wichtige frühen Reformphasen	Ja	Nein	Ja, deutlicher Fortschritt, Weiterentwicklung nötig	Ja	Früher starker Fokus, jetzt ACT, Krisenteams
Frankreich	Einheitlich mit RV	Ja, bei spezifischen Themen	Ja, wesentliche politische Initiativen	Ja (national), Variation in Regionen	Ja	Ja	Nein ¹¹	Langsam	Nein ¹²	Ja
Deutschland	RV	Nein	Nein	Ja ¹³	Wenige, aber einflussreiche	Nein	Nein/Nein	Langsam	Ja ¹⁴	Nein
Italien	Einheitlich: RV (80er-Jahre) weniger geworden	Ja, besonders in früherer Reformphase	Ja, ENRI	Ja	Ja, positiv	Ja, positiv	Ja, nicht bei Gesetz Nr. 180, aber in späterer Gesetzgebung	Ja	Ja ¹⁵	Ja ¹⁶
Polen	Einheitlich mit wenig RV	Bezogen auf spezifische Themen u. Ereignisse	Bei spezifischen Themen	Ja, nationale und regionale Initiativen	Ja	Ja	Zugang zum Arbeitsmarkt verschlechtert, Arbeitslosigkeit	Etwas	Ja	Ja

Russland	RV	Nein	Etwas	In gewissem Umfang	Einige	Ja	Ja, Dispensaires	Nicht ausreichend	Wenig	Nein	In gewissem Umfang
Spanien	MRV	Ja, zu spezifischen Themen	Ja, ENRI	Ja, nationale u. regionale Initiativen	Wenige, aber einflussreich	Ja, MRV	Ja, zu wenig, MRV	Langsam, MRV	Ja, zu wenig, nicht genügend umgesetzt, MRV	Ja, zu wenig, MRV	
Schweden	MRV	Ja, bezogen auf spezifische Themen ¹⁷	Ja, ENRI	Ja, oft bezogen auf spezifische Themen ¹⁸	Wenige, aber einflussreich	Ja, übertragen an Sozaldienste	Nein, Sozialdienste hoch	Ja, Schwellen oft zu hoch	Ja, Gesetzgebung, langsame Fortschritt	Ja, übertragen an Sozialdienste	
Niederlande	Einheitlich mit RV	Ja, regelmäßig	Ja, ENRI	Ja, konsistente Politik	Ja, Weißbücher und Mittelungen von Ministerium an Parlament	Ja	Nicht ausreichend, Änderung in letzten 5 Jahren	Langsame Integration	Ja	Ja	

Fußnoten siehe S. 288

ACT – assertive community treatment; GPZ – gemeindepsychiatrische Zentren; LV – lokale Variation; ENRI – erhebliche nationale/regionale Initiativen; MRV – markante regionale Variation; RV – regionale Variation

litik zur psychiatrischen Versorgung gegeben. Die Bedeutung von Tagesbetreuung und -Behandlung ist in den Reformprozessen unterschiedlich gewesen; auch ist die Rolle von Tagesangeboten zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich wichtig gewesen. Ebenso gilt, dass umfassende gemeindepsychiatrische Zentren (community mental health centres; mit den Ausnahmen von Deutschland und Russland) zu bestimmten Zeitpunkten zentrale Bausteine und Kristallisationspunkte der Reform gewesen sind. Es hat über die Zeit eine unterschiedlich starke Betonung des Zugangs zum Arbeitsmarkt für psychisch Kranke gegeben, auch hinsichtlich der Integration der psychiatrischen mit den Sozialdiensten hat es sowohl transnationale Unterschiede als auch Variation über die Zeit gegeben. Ohne Zweifel sind unterschiedliche betreute Wohnformen und Wohneinrichtungen außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses eine wichtige Komponente des Reformprozesses gewesen. In der ganzen europäischen Region hat es jeweils nationale Initiativen und politische Programme gegeben, dennoch hat es andererseits auch in breitem Umfang regionale und örtliche Variation gegeben. Somit sind die meisten Reformen durchaus auch als regionale Prozesse zu verstehen. Es entsteht der Eindruck, dass es bei den breiteren, sozialen und die Gemeindeintegration betreffenden Aspekten psychiatrischer Reformen weniger deutlichen Erfolg gegeben hat als bei den Veränderungen im psychiatrischen Versorgungssystem, obwohl Wechselwirkungen zwischen den beiden Themenbereichen bestehen.

Tabelle 3 benennt einige einfache und allgemeine Eindrücke und Sichtweisen zu den Ergebnissen psychiatrischer Reformen. Die Expertinnen und Experten waren sich weitgehend einig, dass deutliche Fortschritte in vieler Hinsicht erzielt wurden, jedoch wiesen alle Expertinnen und Experten neben den erreichten Erfolgen auf Schwierigkeiten, Lücken im Versorgungssystem und offen gebliebene Probleme hin. Die Integration der psychiatrischen Versorgung mit der allgemeinmedizinischen Versorgung und der spezialisierten somatischen Gesundheitsversorgung liegt oft im Argen, auch die Integration von Psychiatrie mit den sozialen Diensten wird unterschiedlich und durchaus als verbliebene Schwierigkeit beurteilt, während es andererseits einen Konsens gibt, dass die Reformprozesse deutliche Auswirkungen für die Rolle und Beteiligung von Angehörigen und Patientinnen/Patienten oder Nutzerinnen/Nutzern psychiatrischer Dienste gehabt haben. Dabei ist die Entwicklung in die Richtung ei-

ner vermehrten Aufmerksamkeit bei Psychiatrie-Professionellen für die Sichtweisen und Interessen nicht-professioneller Expertinnen und Experten in dem Feld der Versorgungsgestaltung gegangen. Auch ist ihre Beteiligung an Entscheidungsprozessen und die erfahrene Unterstützung besser geworden (wenn auch durchaus nicht hinreichend). Es wird betont, dass die Belastungen für informelle Helferinnen und Helfer sowie Familienangehörige im Verlauf der Reformen deutlich zugenommen haben. Die Arbeitsplätze Psychiatrie-Professioneller sind viel variabler geworden, als sie dies vor 1975 waren. Schließlich haben sich Arbeitsweisen und -stil der in der Psychiatrie Tätigen im Verlauf der Reformprozesse deutlich geändert. Nicht in allen Ländern konnte hinsichtlich der Beteiligung von Nicht-Regierungsorganisationen und nicht-professionellen Gruppen an der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung viel Fortschritt berichtet werden. Die dort zum Teil leer gebliebenen Zellen (in Tab. 3) könnten darauf hinweisen, dass es solchen Organisationen bis zuletzt schwer gefallen ist, ihren Beitrag zur Psychiatrie-Reform auszubauen. Insgesamt ist die Beurteilung der Ergebnisse europäischer psychiatrischer Reform schwierig, in der hier gewählten summarischen Weise kann eine Beurteilung von Reform-»Outcome« sicher nicht erfolgen. Alle angesprochenen Aspekte bedürfen der detaillierten Analyse, und die Arbeiten des Supplements sowie die hier in deutscher Fassung vorgelegten Beiträge wollen einen Beitrag zu einem vorläufigen, aber relativ breiten Kaleidoskop von Psychiatrie-Reformen in Europa leisten.

Diskussion

Es kann argumentiert werden, dass die Philosophie der Psychiatrie-Reform in europäischen Ländern implizit oder explizit auf einigen Kernprinzipien der Gemeindepsychiatrie beruht hat und gezieltes Handeln entlang der folgenden Achsen eingeschlossen hat:

- a) Deinstitutionalisierungsprozesse und Schließung der alten psychiatrischen Krankenhäuser;
- b) Entwicklung alternativer gemeindepsychiatrischer Dienste und Programme;
- c) Integration der Psychiatrie mit den allgemeinen Gesundheitsdiensten; und
- d) Integration der Gemeindedienste mit den allgemeinen Sozialdiensten.

Tabelle 3: Reformergebnisse

	Wie weit sind Reformziele erreicht worden? [Experten-Rating: %]	Wie weit ist psychiatrische Integration mit hausärztlicher Versorgung integriert? [%]	Wie weit ist Integration spezialisierter somatischer Medizin? [%]	Wie weit ist Integration sozialer Dienste? [%]	Hat Reform wesentliche Auswirkungen für Patienten/ Nutzerinnen gehabt, wenn ja, welche?	Hat Reform wesentliche Auswirkungen für Professionellen gehabt, wenn ja, welche?	Wo ist der typische Arbeitsplatz psychischer Professioneller?	Sind Nicht-Regierungsorganisationen (NGO)/ Interessengruppen von Bedeutung für die Reform?		
England und Wales	Reformkonzepte evolutionärer als Reform	Integration begrenzt	Sehr begrenzt	Integration, Schwerpunkt in Psychiatrieplanung	Substanzielle Integration, aber begrenzte Unterstützung	Ja, aber begrenzte wesentliche Auswirkungen für Angehörige, wenn ja, welche?	Ja, aber begrenzte wesentliche Auswirkungen für Patienten/ Nutzerinnen, wenn ja, welche?	Ja, aber begrenzte wesentliche Auswirkungen für Angehörige, wenn ja, welche?	Sehr unterschiedlich – PAAK und GPZ wahrscheinlich am wichtigsten	Von moderater Bedeutung, nicht immer gehört
Frankreich	Konstante Evolution eher als Reform	Einiger Fortschritt	Einiger Fortschritt	Einiger Fortschritt	Ja, aber hohe Belastung	Ja, aber hohe Belastung	Ja, aber hohe Belastung	Ja, aber hohe Belastung	PKH, PAAK, niedergelassene Praxis	Nein
Deutschland	50 (30-70)	25-50	50	25-50	Ja, mehr Beteiligung, mehr Interesse, mehr Belastung	Ja, mehr Beteiligung, mehr Interesse, mehr Belastung	Ja, mehr Beteiligung, mehr Interesse, mehr Belastung	Ja, mehr Beteiligung, mehr Interesse, mehr Belastung	PKH, PAAK, niedergelassene Praxis	PKH, PAAK, niedergelassene Praxis
Italien	PKH ersetzt durch PAAK= 100 % GPZ etabliert = 100 % Qualität der Dienste verbessert sich	MRV	MRV	Integriert in gewissem Umfang (gesetzlich geregelt), LV und RV schwierig einzuschätzen	Mehr Belastung, Anerkennung u. weniger Stigma; Integration in Beratungsgremien von Diensten vertreten	Reform verhindert Institutionalisierung, weniger Stigma, Integration in Medizin, Selbsthilfegruppen	Reform verhindert Institutionalisierung, weniger Stigma, Integration in Medizin, Selbsthilfegruppen	Integration Psychiatrie-Professioneller mit Medizin insgesamt; Veränderungen in Rolle, Arbeitsweise, Teamstruktur	GPZ, PAAK; niedergelassene Praxis	Gewerkschaften, politische Parteien, breite öffentliche Unterstützung, öffentliche Meinung wichtig
Polen	Schätzung nicht möglich, Reform ist in Gang	Schätzung nicht möglich, Reform ist in Gang	Schätzung nicht möglich, Reform ist in Gang	Schätzung nicht möglich, Reform ist in Gang	Rolle der Angehörigen bedacht, unzureichende Unterstützung	Schritte zur Patienten-/Nutzerbeteiligung gemacht, mehr Selbsthilfegruppen	Ja, mehr Anerkennung von anderen medizinischen Professionen	PKH>GPZ>PAAK	PKH>GPZ>PAAK	In begrenztem Umfang
Russland	Fortschritte u. Probleme	Nicht	Nicht	Wenig Integration	Ja, etwas Veränderung u. Selbsthilfegruppen	Ja, etwas Veränderung u. Selbsthilfegruppen	Ja, Rolle schwieriger	PKH, Dispensares	PKH, Dispensares	Ja, beginnend
Spanien	30-75 ²¹	20-45 ²²	50-80 ²³	15-35 ²⁴	Ja, aber keine (zu wenig) Unterstützung	Nein (Beteiligung), Ja (Selbsthilfegruppen) ²⁵	Änderung bei Arbeitsweise, Rolle, Teamstruktur	Änderung bei Arbeitsweise, Rolle, Teamstruktur	PKH, PAAK, GPZ, niedergelassene Praxis	
Schweiden	40-75 (am wenigsten in großen Städten)	10	10	100 (durch Gesetz geregelt)	Ja, mehr Beteiligung, etwas Unterstützung, höhere Belastung	Ja, mehr Beteiligung, ökonomische Unterstützung, Initiativen von Regierungen u. Diensten	Ja, neue professionelle Rollen, Trend zu Spezialisierung u. medizinischem Dienst	Ja, neue professionelle Rollen, Sozialdienste	PAAK/GPZ/Sozialdienste	
Niederlande	50-70	10	Einige Leistungen (Konsiliar-Liaison-Dienste)	15-20	Ja, Anerkennung besser organisiert, mehr Einfluss, mehr Belastung	Ja, mehr Rechte, mehr Schutz	Ja, neue professionelle Rollen, Diskussion über Rollen, mehr Spezialisierung	PKH>GPZ>spezialisierte stationäre Dienste (z.B. Sucht, Forensik) >PAAK>Wohnrichtungen	PKH>GPZ>spezialisierte stationäre Dienste (z.B. Sucht, Forensik) >PAAK>Wohnrichtungen	Ja

Fußnoten s. S. 288

GPZ – gemeindepsychiatrische Zentren; PAAK – Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; LV – lokale Variation; MRV – markante regionale Variation; PKH – psychiatrische Krankenhäuser; RV – regionale Variation

Fußnoten zu den Tabelle 1, 2 und 3

- 2 besonders kleine Einheiten, oft neu
- 3 ungefähre Zahlen 1997/1998, einschließlich Kurzzeit- und Langzeitplätze für Erwachsene, nicht Gerontopsychiatrie- und forensische Betten
- 4 komplexes System von Einzugsgebieten (einige Basiselemente für kleinere Sektoren, andere spezialisierte Angebote für größere Einzugsgebiete)
- 5 Leistungen umfassende, integrierte Versorgung
- 6 Beschäftigt in psychiatrischen Diensten
- 7 Daten 1998–1999
- 8 reflektiert regionale Variation
- 9 große Unterschiede der Bevölkerungsdichte
- 10 alle Psychiaterinnen und Psychiater einschließlich Teilzeit-Arbeitender, 8.3 pro 100.000 wenn begrenzt auf Vollzeitäquivalente Psychiaterinnen und Psychiater
- 11 Zugang zum Arbeitsmarkt über Sozialdienste, nicht psychiatrische Dienste
- 12 Wohnversorgung durch Sozialdienste, nicht psychiatrische Dienste
- 13 mit Variation wegen föderaler Struktur
- 14 Problem niedrigen Versorgungsstandards in vielen Heimen
- 15 Schließung von PKH Hauptziel der Reform
- 16 Langzeitbetreuung in Gemeinde, Tagesbetreuung und extrastationäre Wohnangebote Kernthema der Reform
- 17 z.B. Delinquenz durch psychisch Kranke
- 18 zumeist bezogen auf spezielle Aspekte, z.B. unfreiwillige Behandlung, Rehabilitation
- 19 Nationale Untersuchung der Lebensbedingungen schwer psychisch Kranker durch Parlamentskommission (1992) resultierte in einem Bericht, der als Reformbasis diente
- 20 GPZ Ziel der Reorganisation psychiatrischer Dienste 1975-1985
- 21 Range, um RV zu berücksichtigen
- 22 Range, um RV zu berücksichtigen
- 23 Range, um RV zu berücksichtigen
- 24 Range, um RV zu berücksichtigen
- 25 Nein, was direkte Beteiligung von (Ex-) Nutzerinnen und Nutzer anbelangt, ja was Zunahme der Zahl von Selbsthilfegruppen angeht

Auf der Grundlage der summarischen Expertinneneinschätzungen, welche in den drei Tabellen enthalten sind, entsteht der Eindruck, dass bei den grundlegenden Themen von beruflicher, Arbeits-, Gemeinde- und sozialer Integration weniger deutliche Fortschritte als in der praktischen Umgestaltung der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen erzielt worden sind. So kann unzweifelhaft gesagt werden, dass die psychiatrischen Reformprozesse immer noch in jeder Hinsicht unterwegs sind. Hinzugefügt werden sollte, dass in der Betrachtung von Psychiatrie-Reform als »nationalen Prozessen« eine Begrenzung liegt, da regionale Variationen so groß sind, dass sie die transnationalen Unterschiede an Ausprägung oft übertreffen. Somit muss die transnationale Perspektive durch regionale Vergleiche ergänzt werden.

In methodischer Hinsicht stützt sich der vorliegende Text auf sehr summarische Eindrücke und Expertinnenmeinungen aus einer Vielzahl ganz unterschiedlicher Datenquellen, welche von nationalen oder regionalen Gesundheitsstatistiken, Versorgungsstatistiken, Regierungsberichten, nationalen Datensammlungen, wissenschaftlichen Arbeiten in nationalen oder internationalen Journalen, bis hin zu unterschiedlichen Web-Sites, öffentlich zugänglichen Datenbasen und persönlichen Mitteilungen, Regierungsdokumenten etc. reichen, die die Leserin bzw. der Leser unter Hinzuziehung der Literaturverzeichnisse der einzelnen Beiträge auch weiter verfolgen können. Somit ist die Vorgehensweise insgesamt deskriptiv, die vorliegenden Beiträge in englischer beziehungsweise deutscher Sprache fügen sich damit zu einem Mosaik von historischen Berichten über den Gang der Psychiatrie-Reformen, überblickhaften Berichten zur aktuellen nationalen Versorgungssituation und -diskussion sowie den kritischen Punkten in den psychiatrischen Reformprozessen zusammen. Für weitere Fortschritte im Feld der Psychiatrie-Reform wird es nützlich sein, Datensammlung, Monitoring-Prozesse und Evaluationsstrategien für die psychiatrische Versorgung über die nationalen Grenzen hinweg weiterzuentwickeln. Bemühungen entlang dieser Linien werden aus Großbritannien beschrieben (9). Wenn es gelingt, solche Datensammlung und Monitoring-Prozesse mit nationalen Vorgaben und Programmen (10) zusammenzubringen, so wird dies die Qualitätssicherung und Fortentwicklung psychiatrischer Reformprozesse in Europa einen großen Schritt voranbringen.

Danksagung

Dank gilt den Autorinnen und Autoren, die als Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Ländern Europas berichteten und die Information zu den Tabellen im vorliegenden Text beisteuerten.

Literatur

1. BECKER T, KNAPP M, KNUDSEN HC, SCHENE AH, THORNICROFT G, TANSELLA M, VÁZQUEZ-BARQUERO JL And The Epsilon Study Group. The EPSILON study of schizophrenia in five European countries. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 514–521.
2. BECKER T, BAUER M, RUTZW, AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Psychiatric Reform in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001: Supplement (im Druck)
3. BEECHAM J, MUNIZZA C. Introduction: Assessing mental health in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102, supplement 405: 5–7.
4. DOWRICK C, DUNN G, AYUSO-MATEOS JL et al. and the Outcomes of Depression International (ODIN) Group *British Medical Journal* 2000; 321: 1450–1454.
5. HANSSON L, CHRISTIANSEN L, SANDLUND M, et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997; 32: 12–18.
6. HUYSE FJ, HERZOG T, LOBO A, et al. European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101: 360–366.
7. MAGLIANO L, FADDEN G, MADIANOS M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 405–412.
8. GOODWIN S. *Comparative Mental Health Policy*. SAGE Publications. London, 1997.
9. GLOVER GR. A comprehensive clinical database for mental health care in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35: 523–529.
10. DEPARTMENT OF HEALTH. The national service framework for mental health. <http://www.doh.gov.uk/nsf/mentalhealth.htm>, 1999

Psychiatrie-Reform in Osteuropa¹

Toma Tomov

Einleitung

Berichte über das Gesundheitssystem werden häufig aus dem Blickwinkel von Forscherinnen und Forschern geschrieben. Diesbezügliche Berichte aus Osteuropa waren in der Regel mosaikförmig zusammengestellt, und somit nicht wirklich analytisch. Dies spiegelt den Mangel an Felderfahrung der Autorinnen und Autoren wider, welche in der Regel Beamtinnen und Beamte des Gesundheitswesens waren. Gleichzeitig wird hierdurch bereits ein Vorgeschmack auf das bürokratisch ausgelegte Gesundheitswesen dieser Zeit deutlich.

Der vorliegende Bericht über Osteuropa ist aus einem anderen Blickwinkel verfasst. Er wurde von Mitgliedern eines Verbundes erstellt, dessen Mitglieder sich mit Fragen psychischer Gesundheit intensiv auseinandersetzen und eine reformorientierte Einstellung teilen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Verbundes besitzen einen tiefgreifenden Einblick in die Psychiatrielandschaft in Osteuropa, gleichzeitig fehlt ihnen jedoch das Wissen um westliche Gesundheitssysteme. Hierdurch sind Vergleiche fast unmöglich. Durch ein gemeinschaftliches Projekt mit dem Namen *Attitudes and Needs Assessment in Psychiatry* (ANAP), welches in sechs unterschiedlichen Ländern (Aserbaidschan, Bulgarien, Ungarn, Kirgisistan, Litauen und der Ukraine) durchgeführt wurde, konnte ein mehr analytisch geprägtes Bild der Psychiatrielandschaft dieser Region gezeichnet werden (TOMOV und v. VOREN, pers. Mitteilung).

Bereits bei der Planung der ANAP-Studie wurde deutlich, dass die Validität der offiziell erhobenen Daten in diesen Ländern problembehaftet ist. Das Kernproblem war der seit Jahrzehnten etablierte Zentralismus, welcher dafür verantwortlich war, dass lediglich Be-

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

richte aus den unterschiedlichsten Bereichen akzeptiert wurden, welche die Leistungen der zentral geplanten Projekte bestätigten. Somit fanden sich in der Regel systematische Fehler bei der Erhebung von quantitativen Daten. Ein weiteres großes Problem bezüglich der Sicherung der Validität in dieser Region scheint zu sein, dass jahrzehntelang Tatsachen und Annahmen vermischt wurden, gleichzeitig wurden Berichte von unabhängigen Expertinnen und Experten nicht berücksichtigt. Ferner wurden Feldstudien in diesem Teil Europas bisher kaum durchgeführt. Gerade aus diesen genannten Gründen konzentrierte sich das ANAP-Projekt darauf, wissenschaftliche Gruppen zu bilden, die in der Lage sind, das psychiatrische Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Man war guter Hoffnung, dass letztendlich alle Beteiligten in dieser Region Europas das ANAP-Projekt begrüßen würden.

Vergleicht man die ANAP-Erfahrungen mit den offiziellen Krankenhausstatistiken, so findet sich ein signifikanter Unterschied: Die Ergebnisse der Studie geben die Vorstellungen der Osteuropäerinnen und -europäer bezüglich der bestehenden psychiatrischen Versorgung dieser Region wieder. Der vorliegende Aufsatz versucht, diesen Umständen gerecht zu werden.

Sozialpolitischer Fortschritt und Psychiatrie-Reformen in Osteuropa: ein Überblick

Die Länder Osteuropas werden weniger durch ihre Geschichte und Tradition vereint, vielmehr verbindet sie ihre jüngste Vergangenheit. Hierbei spielt insbesondere die politische Teilung Europas nach dem 2. Weltkrieg eine entscheidende Rolle, da hierdurch der geschichtliche Verlauf jedes einzelnen Landes gewaltsam unterbrochen und verändert wurde. Als dann diese Teilung 1989 aufgehoben wurde, waren die meisten der etwa 400 Millionen Osteuropäer aus insgesamt 27 Ländern und sechs geopolitischen Regionen im Wesentlichen mit den Fragen ihrer nationalen Identität beschäftigt. Während der Jahre nach dem Kalten Krieg versuchte jedes dieser Länder an den Fortschritt der westlichen Welt anzuknüpfen, und dies nachdem ganz Osteuropa durch die politischen Umstände 50 bis 70 Jahre stillgestanden hatte.

Wir wissen mittlerweile, dass die Übereinstimmungen zwischen diesen Ländern eher scheinbar als wirklich sind, gemeinsam ist die-

sen Ländern ein durch Kalten Krieg und Isolation bedingter ungenügender Fortschritt auf den Ebenen der Technologie und der kulturellen Entwicklung. Die Fortschritte, welche in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der westlichen Welt erzielt wurden beziehungsweise in Osteuropa nicht stattfanden, beinhalten auch Reformen des psychiatrischen Gesundheitswesens. Psychiatrie-Reformen in der westlichen Welt umfassten unterschiedliche Aspekte, insbesondere die Versuche ein gemeindenahes Psychiatrieversorgungssystem, anstatt der früher gängigen psychiatrischen Anstalten, aufzubauen, sowie die Einführung psychiatrischer Akutbetten in Allgemeinkrankenhäusern, und die stärkere Betonung der Selbsthilfeorganisationen, da diese für die psychosoziale Rehabilitation psychisch kranker Menschen von großer Bedeutung sind (1, 2). Die osteuropäischen Länder waren bei diesen Reformen ausgeschlossen. Der Umgang mit dieser Tatsache und die Befindlichkeit bezüglich dieses Ausschlusses wurde durch die ANAP-Studie deutlich. Der Abschlussbericht beschreibt auch, wie sich Engstirnigkeit (3) aus Verbitterung, Neid, Ärger und Scham ableitet: »In post-totalitären Gesellschaften scheint Engstirnigkeit (parochialism) ein wesentliches Merkmal des gesellschaftlichen Lebens zu sein. Weder auf bürgerlicher, noch auf professioneller Ebene scheint man in der Lage zu sein, diesen Trend zu unterbinden, bzw. ihr weiteres Fortschreiten zu vereiteln. Es gibt in Osteuropa eine Kultur, die sich darum bemüht, Geschehnisse nach einer seit Jahrzehnte geltenden Lehrmeinung zu erklären, dies dient jedoch lediglich dazu, diese althergebrachte Lehrmeinung zu verstärken, Veränderungen werden hierdurch nicht erreicht. Gleichzeitig wird von denen, welche die alten Lehrmeinungen und Auffassungen vertreten, gerne erklärt, dass soziale Probleme (wie beispielsweise Engstirnigkeit) innerhalb einer Gesellschaft durch Saboteure von Außen verursacht werden. Ursächlich hierfür ist wohl, dass Kulturen mit einem sehr engen Weltbild den Hang haben, sich selbst zu Grunde zu richten, ohne dies zu bemerken. Während in den westlichen Kulturen das kritische Überdenken der Gegebenheiten den Weg für Fortschritt öffnet, werden in Osteuropa Fehlschläge und Niederlagen ursächlich immer feindlichen Mächten zugeschrieben.« (TOMOV und v. VOREN, pers. Mitteilung)

Derzeit sind die Länder Osteuropas sowohl mit den ethischen als auch mit den ökonomischen Fragen psychiatrischer Reformen

konfrontiert. Die ethischen Bedenken beziehen sich insbesondere darauf, dass psychiatrische Krankenanstalten die Selbstständigkeit und Individualität psychisch kranker Menschen negativ beeinflussen. Der wesentliche wirtschaftliche Aspekt, welcher für psychiatrische Reformen spricht, ist die Tatsache, dass der Einsatz von psychiatrischen Behandlungsmethoden den individuellen Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann und somit hierdurch auch ein gesellschaftspolitischer Beitrag geleistet wird. Öffentliches Interesse für psychiatrische Reformen zu gewinnen, ist jedoch ein schwieriges Unterfangen.

Um zu verstehen, warum ethische Fragen von so großer praktischer Bedeutung sind, erscheint es notwendig, sich vor Augen zu führen, dass psychisch kranke Menschen, sofern sie von ihrer Gesellschaft getragen werden, durchaus in weiten Strecken ein selbstständiges Leben führen können. Nur im Rahmen eines solchen Weltbildes können Patientinnen und Patienten mithilfe psychosozialer Rehabilitationsmaßnahmen aus der Abhängigkeit der psychiatrischen Anstalten heraus wachsen. Die stichhaltige Bedeutung psychiatrischer Reformen aufzuzeigen ist schwierig, da sowohl die politische Führung als auch das Wirtschaftsmanagement davon überzeugt sind, dass sämtliche Gelder, die in das psychiatrische Gesundheitssystem fließen, keinerlei Rendite bringen. Es ist von großer Bedeutung, diese Einstellung zu ändern, da ansonsten durch Stigmatisierung die Randgruppe psychisch kranker Menschen weiterhin ausgeschlossen bleibt. Oben angesprochene Reformen gestalten sich auch schwierig, da in Osteuropa rasch und umfangreich mithilfe internationaler Unterstützung privatisiert wurde. Private Gesundheitssysteme scheinen jedoch bei der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen zu versagen. Dies ist die größte Herausforderung des psychiatrischen Gesundheitswesens und war auch Auslöser der Reformbewegung. Die psychiatrischen Anstalten im ehemaligen Ostblock hatten nur bescheidene Mittel zur Verfügung, um dennoch zu funktionieren, ordneten sie Rechte und Freiheiten psychisch Kranker einem Zentralismus unter. Die privaten Krankenkassen weisen zu viele Lücken im Versorgungsnetz auf, somit rutschen viele Patientinnen und Patienten in die Wohnsitzlosigkeit und Kriminalität ab. Dies scheint insbesondere vor der Reformbedürftigkeit des Rechtswesens und der Sozialdienste tragisch.

So erschreckend diese Berichte erscheinen mögen, osteuropäi-

sche Länder haben kaum die Möglichkeit, diese Umstände zu umgehen. Sowohl wirtschaftliche Zwänge, als auch die Macht des traditionellen Gesundheitswesens haben in diesen Ländern bisher psychiatrische Gesundheitsreformen, so wie diese in der demokratischen Welt gängig sind, unmöglich gemacht. Während man in Osteuropa damit beschäftigt ist, ein kostenpflichtiges allgemeines Gesundheitssystem einzuführen, wird gleichzeitig die Auffassung unterstützt, dass psychische Gesundheit ein unwichtiges Spezialistenfeld sei und dass psychiatrische Dienste viel kosten und kaum etwas einbringen. Diese Denkweise führt dazu, dass Reformen im Bereich psychischer Gesundheit regelmäßig verschoben werden. Alternativ werden inselförmige Hilfsangebote für psychisch Kranke formuliert, diese decken jedoch nicht den Bereich chronischer seelischer Erkrankungen ab, da sie nicht auf ein gemeindenahes Versorgungsnetz setzen.

Insbesondere scheinen die Umstände in den osteuropäischen Ländern eine umfassende Veränderung des bestehenden psychiatrischen Gesundheitswesens nicht zuzulassen. Es wäre jedoch sinnvoll, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Reformkurs zu bringen und diese somit auf eine Zeit vorzubereiten, in der ein Wechsel zu einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgungslandschaft möglich ist (4). Eine solche Entwicklung scheint auch unter den gegebenen unklaren Wirtschaftsbedingungen vernünftig und vielversprechend. Zum jetzigen Zeitpunkt sind jedoch die Verantwortlichen im Gesundheitswesen nicht bereit, innerhalb der osteuropäischen Länder die althergebrachten psychiatrischen Anstalten gegen ein gemeindenahes Psychiatrieversorgungssystem zu ersetzen. Ein Grund mag darin liegen, dass gemeindenaher Psychiatrie zwar ethisch korrekt ist, aber gleichzeitig die Schattenseiten der Wirtschaftslage und des gesellschaftlichen Miteinanders offenbaren würde. Das ungewisse Schicksal psychiatrischer Gesundheitsreformen in Osteuropa hat viel mit der jüngsten Vergangenheit dieses Teils der Erde zu tun.

Das Vermächtnis der Vergangenheit: ein schwieriger Bereich der osteuropäischen Psychiatrie

Das zwanghafte Streben nach Kontrollmöglichkeiten, welches totalitären Herrschaftssystemen eigen ist, findet sich auch teilweise in den Strukturen des psychiatrischen Gesundheitswesens in Osteuropa

wieder. Einige Beispiele diesbezüglich sollten genannt werden, da nun in der Retrospektive einiges deutlicher wird.

Beispielsweise wurde von den Dispensaires (Polikliniken) in der Sowjetunion, in Bulgarien und anderen osteuropäischen Ländern eine Art Registrierung und Beobachtung psychisch kranker Menschen durchgeführt. Oberflächlich betrachtet mag dies den Anschein der Fürsorge haben, tatsächlich fehlte es jedoch den unterqualifizierten und überarbeiteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an Mitleid und Respekt gegenüber den psychisch Kranken, ferner hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Krankenreviere die Möglichkeit, in die Privatsphäre ihrer Patientinnen und Patienten einzugreifen, was befremdlich und stigmatisierend zugleich war. Diese Methoden wurden niemals zum Gegenstand einer offenen Diskussion in psychiatrischen Fachkreisen gemacht, sie leiteten sich aus der Ideologie der totalitären Staatsform ab und erfüllten lediglich den Zweck der Kontrolle. Forschungsprojekte, welche als Voraussetzung langfristige Beziehungen zwischen psychisch kranken Menschen und Therapeutinnen als auch Therapeuten haben, wurden niemals durchgeführt, da aus staatlicher Sicht der gesellschaftliche Beitrag psychisch Kranker in Frage gestellt wurde. Die Bedeutung von Fördervereinen, durch die Randgruppen wieder in die Gesellschaft integriert werden können, wurde niemals bedacht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des psychiatrischen Gesundheitswesens wurden nicht speziell geschult, sie verfügten somit nicht über beispielsweise gesprächspsychotherapeutische Fähigkeiten. Die Mängelliste ist lang, gleichzeitig zeigt sie, dass die Drahtzieher des politischen Systems stets im Sinn hatten, ihre Bürgerinnen und Bürger zu kontrollieren, sich aber kaum um das Wohlergehen der Bevölkerung gekümmert haben.

Ein weiteres Beispiel der zurückgelassenen Erblast des alten politischen Systems ist das aktuell bestehende Verbot, eine spezielle psychiatrische Gesundheitspolitik zu erarbeiten, welche die Realität abbildet und den Bedürfnissen der Kranken entspricht. Ganz im Gegenteil wird derzeit die Psychiatrie wie zu kommunistischen Zeiten gesondert von anderen Gesundheitsfragen betrachtet. Das bestehende System ordnet sämtliche psychische Erkrankungen einem speziellen Netzwerk aus Krankenanstalten und Ambulanzen zu. Dies führte zu einer Aufsplitterung der ärztlichen Berufsgruppen, gleichzeitig wurde die Stigmatisierung psychischer Krankheiten verstärkt,

ferner kam es hierdurch zu einer Verunsicherung der psychisch Kranken, welche kaum in der Lage waren, gemeinsam ihre Interessen zu vertreten. Ein solches Gesundheitswesen lässt keine individuelle Behandlung psychischer Erkrankungen zu. Das Fach Psychiatrie war somit Ziel von Beschwerden und Unzufriedenheiten geworden, gleichzeitig wurden jedoch Lösungsansätze, welche die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Auge hatten, außer Acht gelassen. Das psychiatrische Gesundheitswesen in Osteuropa sorgte sich hauptsächlich um die Ansprüche des Personals, jedoch nicht um die Lebensqualität der einzelnen Patientinnen und Patienten. Dies führte auch dazu, dass die Qualität der wenigen psychiatrischen Dienste abnahm und diese seltener die Ziele der psychisch Kranken verfolgten. Es herrschte eine Kultur, in der Entscheidungen nach dem gesunden Menschenverstand getroffen wurden, diese Entscheidungen wurden jedoch nicht durch Studien belegt (5), wie dies für gewöhnlich in der Wissenschaft der Fall ist. Die klinische Praxis unterliegt dann nicht länger dem übergeordneten Ziel der Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen. Ein solches Gesundheitswesen fällt im Grunde genommen schutzlos einer narzisstischen Führung zum Opfer, gleichzeitig kommt es dann häufig zu einer Überfülle von Regeln und Verboten, welche den Kern totaler Kontrolle und totaler Abhängigkeit ausmachen. In solchen abgeschlossenen und engstirnigen Umgebungen kann sich dann ein politischer Missbrauch der Psychiatrie breit machen (6, 7). In einem weiteren Schritt werden dann Glaubensgrundsätze und Vorurteile als Naturgegebenheiten dargestellt (8) und zwar auf einer viel breiteren Ebene als dies für gewöhnlich auf wissenschaftlicher Ebene möglich ist. Als gutes Beispiel hierfür können die diagnostischen Einschätzungen von Herrn Professor Snezhnevsky (schleichende Schizophrenie) (9) dienen.

Ein weiteres Element der schweren Erblast, welche auf der Psychiatrie der osteuropäischen Länder lastet, betrifft die Finanzierung des Gesundheitssystems. Die psychiatrischen Dienste waren als Teil des Gesundheitssystems für die Patientinnen und Patienten kostenfrei. Im Rahmen der zentralen Planwirtschaft erhielten diese Dienste ein jährliches Budget, welches die Aufrechterhaltung derselben auf dem Level des Vorjahres ermöglichte. Dieser enge Finanzrahmen ließ keinerlei Weiterentwicklung zu, die psychiatrischen Dienste waren lediglich in der Lage den bestehenden Status zu erhalten, Reformen

im Bereich des Gesundheitswesens fielen in den Bereich der Staatsministerien. Dies hatte vielerlei Konsequenzen, zum Beispiel hinsichtlich der Personalzusammensetzung der psychiatrischen Dienste. In Osteuropa gab es bezogen auf den Ärzteschlüssel nur relativ wenig Pflegepersonal. Trotz der großen sozialen Schwierigkeiten in diesen Regionen hat sich dieser Schlüssel bisher kaum verändert. Ferner herrschte eine Notversorgung bezüglich der Dichte von Psychologinnen/Psychologen Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern und Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern auf dem Gebiet psychischer Gesundheit. Vielerorts hat sich diese Situation bis heute nicht verändert. Dies hatte zum Ergebnis, dass den psychiatrischen Diensten lediglich die medikamentöse Behandlung psychischer Krankheiten zustand, alle weiteren Behandlungselemente wurden ausgeblendet. Hieraus wiederum folgte, dass andere Formen psychiatrischer Hilfen und Einrichtungen kaum eine Rolle spielten und nicht-medizinisches Personal nicht einbezogen wurden. Der Zentralismus des kommunistischen Systems ließ jedoch keinerlei offene Kritik an den bestehenden Zuständen zu. So konnten wesentliche Entwicklungen, wie beispielsweise die Psychiatrie-Enquete, welche in den 70-Jahren in Deutschland durchgeführt wurde und einen Meilenstein psychiatrischer Reformen darstellt, kaum stattfinden.

Die oben genannten Beispiele zeigen deutlich, dass totalitäre Systeme nicht bereit und auch nicht in der Lage sind, sich den Herausforderungen gesellschaftlicher Fragen zu stellen. Veränderungen innerhalb dieser Systeme lassen sich meistens nicht als ruhigen Prozess, sondern eher als krisenhafte Übergänge begreifen. Die Beschreibung der sozialpolitischen Zusammenhänge in den osteuropäischen Ländern seit 1989 erscheint wesentlich, um das insel förmige Vorhandensein psychiatrischer Reformen innerhalb dieser Region zu erklären.

In den Ländern Osteuropas scheint es unrealistisch, innerhalb der nächsten Jahre große Veränderungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu erwarten. Die Regierungen und Verwaltungen dieser Länder sind es nicht gewohnt, gesundheitspolitische Entscheidungen anhand von wissenschaftlichen Ergebnissen und Studien abzuleiten. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Gesundheitsministerien einige Schlagwörter westlicher Reformideen aufgreifen werden, um diese in ihre Berichte bezüglich der psychiatri-

schen Gesundheitssituation der jeweiligen Länder einfließen zu lassen. Die erlassenen Berichte werden dann zwar besser klingen, der Informationsgehalt derselben wird jedoch nicht steigen, da die jährlich erhobenen statistischen Daten nicht anhand von unabhängigen Daten geprüft werden. Es werden noch einige Jahre vergehen, in denen keinerlei Forschungsdaten von psychiatrischen Diensten aus diesem Teil Europas kommen werden.

Die Einführung und Etablierung psychiatrischer Reformen werden innerhalb der nächsten Jahre in Osteuropa einen Schwerpunkt bilden. Die Gesundheitsadministration in dieser Region wird darauf drängen, Teile westlicher Reformideen aufzugreifen, auch um Kritik von sozialpolitischen Gegnerinnen und Gegnern abzuwehren und somit auch die eigene Machtposition zu stärken. In Zukunft wird es für das Gesundheitswesen notwendig sein, öffentlich Kund zu tun, den Zeitgeist erkannt zu haben, um somit auch in den Genuss finanzieller Förderungsmittel zu kommen, welche für neue Projekte und gesundheitspolitische Reformen ausgegeben werden können. Jedoch ergibt sich dann die Frage, ob sich in Osteuropa echte und grundlegende Veränderungen des psychiatrischen Gesundheitssystems vollziehen werden. Dies erscheint zweifelhaft, da sich die Gesundheitsministerien mit den Ansprüchen und Bedürfnissen der Zivilbevölkerung nicht auskennen und sich somit auch nicht als Motor der Reformbewegung begreifen. Wo lassen sich Anzeichen wirklicher Veränderungsbemühen feststellen?

Psychiatrische Gesundheitsreformen in Osteuropa: Ergebnisse einer sechs-zentrierten Studie

Die ANAP-Studie (Attitudes and Needs Assessment in Psychiatry) entstand nach jahrelangen Diskussionen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des psychiatrischen Gesundheitswesens und Betroffenen unterschiedlicher osteuropäischer Staaten. Diese Diskussionsrunde war ursprünglich auf Bemühungen der Geneva Initiative on Psychiatry (GIP) 1991 in Bratislava zusammengetreten. Die Geneva Initiative on Psychiatry, welche ihren Hauptsitz in Amsterdam hat, bemüht sich um psychiatrische Reformen in Osteuropa. Hierbei überließ es GIP den jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieses runden Tisches, eigenverantwortlich mitzuwirken. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer blieben in engem Kontakt,

GIP versuchte hierfür die Rahmenbedingungen zu schaffen. Über die letzten Jahre sind Hunderte von Menschen diesem Netzwerk beigetreten, hierbei handelt es sich nicht um eine staatlich einberufene Kommission, vielmehr ergibt sich die Daseinsberechtigung dieses Netzwerkes aus dem gemeinsamen Vorhaben der Beteiligten, psychiatrische Reformen in diesem Teil Europas durchzusetzen.

Mithilfe dieses Netzwerkes konnte die ANAP-Studie durchgeführt werden, die Absicht dieses Projektes bestand darin Bedürfnisse, Vorstellungen und Annahmen bezüglich osteuropäischer Psychiatrie-Reformen zu erfassen und zu untersuchen. Die Studie erschien sinnvoll, da die Durchführung psychiatrischer Reformen in Osteuropa bisher wenig Tradition besitzt, ferner können diesbezügliche Annahmen und Einstellungen erst durch eine öffentliche Diskussion an Aussagekraft zu gewinnen.

Die ANAP-Studie gab substanzielle Erkenntnisse bezüglich der Frage, inwiefern Reformbewegungen im östlichen Teil Europas bereits Teil der psychiatrischen Landschaft sind. Hierbei scheinen folgende Fragen besonders relevant (10):

- Sind Ärztinnen/Ärzte in der Lage, sich ernsthaft um ihre Patientinnen und Patienten zu kümmern? (Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten)
- Sind Ärztinnen/Ärzte in der Lage, die Sichtweisen ihrer Patientinnen und Patienten zu respektieren? (Offenheit der Psychiatrie)
- Sind die Gemeinden in der Lage, psychisch kranke Menschen aufzunehmen? (Möglichkeit einen Platz anzubieten)
- Sind die Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Lage, auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten adäquat zu antworten? (Gemeindenahe Versorgungsmöglichkeiten)
- Sind Reformen in der Lage, den Verlauf psychischer Erkrankungen zu verbessern? (Wirkung auf klinische Symptome)
- Sind Reformen in der Lage, dauerhafte Gesundheitsschäden zu reduzieren? (Einfluss auf gesellschaftliche Funktionsfähigkeit)

Bezüglich dieser oben genannten Fragen haben sowohl Helferinnen und Helfer als auch Betroffene negative Erwartungen und Einstellungen. Beide Gruppen sind der Meinung, dass sowohl das Verantwortungsgefühl als auch die Offenheit gegenüber der Psychiatrie niedrig sind, dass die Gemeinden nicht in der Lage sind, für psy-

chisch kranke Menschen da zu sein und dass psychiatrische Reformen kaum einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf bzw. soziale Konsequenzen haben werden. Anders gesagt, die Schlüsselgruppen innerhalb der Psychiatrielandschaft offenbarten ihre Hilflosigkeit, dies ist verwirrend und befremdlich. Aber in Folge der Auswirkungen der politischen Geschehnisse Ende der 80-Jahre, während derer die frühere politische Führung zurücktrat und ein Machtvakuum hinterließ, scheinen Unsicherheiten und Entfremdung eine natürliche Folge darzustellen. Um das bestehende Gesundheitssystem zu reformieren, wird die Einstellung und das Wissen kompetenter Fachkräfte benötigt, welches weder Ärztinnen und Ärzte noch Betroffene oder Bürgerinnen und Bürger während kommunistischer Zeiten entwickeln durften. Ein weiteres interessantes Ergebnis der ANAP-Studie umfasst die Interpretation und Deutung des Zustandes des derzeit bestehenden psychiatrischen Gesundheitssystemes. Hier wurde die Meinung unterschiedlicher Zielgruppen eingeholt. Drei dieser Zielgruppen sollten hierbei besonders unter die Lupe genommen werden. Es handelte sich um

- ärztliche Leiterinnen und Leiter in Bulgarien, welche Reformen befürworten,
- Patientinnen und Patienten, die sich als Aktivisten in der Menschenrechtsbewegung eingesetzt haben und
- Medizinerinnen und Mediziner, die zurzeit der Studierhebung gerade dabei waren, ihre Facharztausbildung im Bereich Psychiatrie zu beginnen.

Alle drei Gruppen hatten die Aufgabe, die parallele Existenz zweier Wirklichkeiten zu diskutieren. Die erste, offizielle Wirklichkeit besteht in Form von Gesetzen, Anordnungen, Erlassen, Jahresberichten etc. Diese Realität war nur zu seltenen Anlässen, beispielsweise bei Demonstrationen politischer Macht oder der Festlegung des Gesundheitsbudgets von Bedeutung. Die real bestehende Wirklichkeit fand sich auf einer verbalen Ebene, sie bildete sozusagen den Psychiatrie-Ethos in diesem Teil der Welt. Offiziell tauchte diese Wirklichkeit jedoch nicht auf. In der Tat war es so, dass die beiden Wirklichkeiten, also die offizielle und die real Bestehende in den Ländern Osteuropas niemals zusammenkamen. Vielmehr schienen die Menschen dieser Länder zwischen diesen beiden Realitäten wie zwischen zwei Software-Programmen zu wechseln, abhängig davon,

was die jeweilige Situation gebot. Anders formuliert bedeutet dies, dass zu kommunistischen Zeiten ethische Fragen bezüglich seelischer Gesundheit niemals diskutiert wurden.

Das Vorhandensein dieser zwei unterschiedlichen Realitäten führte dazu, dass der Versuch, Missstände aufzuzeigen versagte, da die gesamte Zuhörerschaft das aufgezeigte Problem nicht nachvollziehen konnte, da sie alle die andere Realität vor Augen hatten. Somit scheiterten alle Versuche, das bestehende System und somit die psychiatrische Versorgungslandschaft zu verändern. Veränderung als solche war in Osteuropa nicht mehr Bestandteil des täglichen Lebens, Veränderungen beziehungsweise Reformen konnten somit nur noch von außen kommen. Dies erklärt auch, warum psychiatrische Gesundheitsreformen in Osteuropa mit der genannten Fülle von Schwierigkeiten verbunden sind.

Keine der Fokusgruppen stellte die Ethik institutioneller Psychiatrie in Frage. Weder Patientinnen bzw. Patienten noch Ärztinnen bzw. Ärzte fanden es unethisch, die Institution Psychiatrie weiter zu betreiben, um die dort Beschäftigten weiter in Brot und Lohn zu halten. Keiner aus den Reihen der genannten Zielgruppen fragte sich, ob die Weiterführung der Großanstalten nicht als Vorwand genutzt wird, um gemeindenahere psychiatrische Strukturen zu verschieben. Den Zielgruppen gelang es somit nicht, sich als mündige Bürgerinnen und Bürger zu begreifen, sie glaubten nicht durch eine Eigeneinbringung eine Veränderung herbeiführen zu können.

Eine weitere Folgerung der ANAP-Studie bezieht sich auf die Art und Weise in der derzeit Forschung in Osteuropa betrieben wird. Von den sechs regionalen Teams aus Aserbaidschan, Bulgarien, Ungarn, Kirgisistan, Litauen und der Ukraine waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb dreier Arbeitsgruppen miteinander verwandt, die Auswahl der übrigen Mitglieder folgte in der Regel nach Freundschafts- oder anderen Vertrauensverhältnissen.

Während der drei Jahre dauernden Studie wurden fünf gemeinschaftliche Konferenzen abgehalten, hierbei wurde jeweils ein Gutteil darauf verwandt, die Verantwortung unterschiedlicher Projekte im Rahmen der ANAP-Studie an außenstehende Sachverständige zu übergeben. Diese Sitzungen brachten in der Regel keine konstruktiven Lösungsansätze auf den Tisch, zeigten jedoch deutlich, welche Lasten und Verpflichtungen die einzelnen Arbeitsgruppen auf sich genommen hatten, indem sie sich dazu bereit erklärt hatten, die

wirklichen Bedürfnisse der psychisch kranken Menschen in ihren Heimatländern zu ergründen. Häufig kamen sich die Mitglieder dieser Arbeitsgruppen wie Dissidenten vor, sie waren sich alle darin einig, dass die offizielle Darstellung bezüglich der psychiatrischen Gesundheitssituation in den einzelnen osteuropäischen Ländern eine grobe Verdrehung der vorliegenden Fakten war. Im Nachhinein wird somit die große Bedeutung dieser Zusammenkünfte deutlich. Denn sie stellten in dynamischer Form die öffentliche Diskussion bezüglich ethischer Fragen der Psychiatrie in Osteuropa dar.

Schlussfolgerungen

Demokratische und gesellschaftliche Entwicklungen sind mit den ethischen Bedenken der Psychiatrie in Osteuropa eng verzahnt. Hierbei kommt es zu einer großen Umwälzung, es tun sich neue Perspektiven auf und neue Werte scheinen von Bedeutung. Mit dem Abbau der totalitären Machtstrukturen wächst auch die Bedeutung der einzelnen Gemeinden und erste Anzeichen professioneller Zusammenarbeit belegen diese Entwicklung. Dennoch steht Osteuropa vor einer langen Reise, denn es gilt, den auch auf geistiger Ebene bestehenden Institutionalismus gegen eigenständiges Denken und Verantwortungsbewusstsein auszutauschen. Nur so kann unter den Menschen der Geist der Gemeinschaft wachsen. Nur dann wird gemeindenahere Versorgung für psychisch kranke Menschen wirklich möglich sein. Derzeit glaubt man, dass durch das Schließen psychiatrischer Großanstalten dem »Wahnsinn« freier Lauf gelassen würde. Dies liegt wohl daran, dass sich die Menschen nicht als Gemeinschaft begreifen und sich nicht zutrauen, gemeinsam den Kontrollverlust, welcher seelischen Erkrankungen manchmal eigen ist, in Behandlung und integrierenden Schutz aufzunehmen.

Literatur

1. WING J & BROWN G. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.
2. JENKINS R., KESSLER R., LEAF P., SCOTT J. Systems of psychiatric care – principles and desiderata of good services. In HELMCHEN H., HENN F.,

- LAUTER H., SARTORIUS N. eds. *Psychiatrie der Gegenwart*, vol. 2, chap. 9. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag 1998.
3. BEAHR'S Jo, GUTHEIL, Tg. Consent in Psychotherapy. *Am. J. Psychiatry* 2001 158: 4-10
 4. THORNICROFT G, TANSELLA M. *The mental health matrix*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
 5. SCHEFF T. *Emotions, the social bond and human reality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
 6. BLOCH S, REDDAWAY P. *Soviet psychiatric abuse*. London: Victor Gollancz, 1984
 7. TOMOV T. Political abuse of psychiatry in the former Soviet Union. In: FREEMAN H ed. *A century of psychiatry*, v. 2. London Mosby-Wolfe, 1999, 276-282
 8. BIRLEY J. DSM-III: From left to right or from right to left. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 116-118
 9. SNEZHNEVSKY A. Symptomatology and nozology. In: SNEZHNEVSKY A. ed. *Schizophrenia: Clinical Picture and Diagnosis*. Moscow: Medicina, 1969, 62-67 (in Russian). Published in English in: *Modern Perspectives in World Psychiatry*, vol.2, Edinburgh: Oliver & Boyd, 1968.
 10. TOMOV T, GANEV K, PETKOV V, OKOLIYSKI M, MLADENOVA M. Psychiatric reforms in Eastern Europe: counting in attitudes with the help of psychiatric reforms attitudinal scales. Paper presented at IV ENMESH international conference, Leipzig, 2000.

Die Psychiatrie-Reform in Russland¹

Boris Poloshij und Irina Saposhnikowa

Einleitung

Die russische Föderation ist ein großes Land mit beträchtlichen regionalen Unterschieden in vielen Lebensbereichen. Das Land als Ganzes hat einen grundlegenden politischen und sozial-ökonomischen Wandel erfahren, was nicht ohne Auswirkungen auf das Gesundheitswesen bleiben konnte. Demzufolge müssen die Veränderungen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung im Kontext des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels gesehen werden.

Geschichte

Die psychiatrische Versorgung im Allgemeinen wie auch die Sozialpsychiatrie im Besonderen hat in Russland eine lange und ziemlich komplizierte Geschichte (1). Schon 1887 auf dem ersten nationalen Psychiatriekongress gab es eine heftige Debatte über die sozialen Ursachen psychischer Erkrankungen und die davon abgeleitete Notwendigkeit zum Aufbau eines öffentlichen Systems präventiver und kurativer Hilfen. S. Korsakov und V. Yakovenko waren die Pioniere dieser ersten russischen Psychiatrie-Reform. Ersterer entwickelte die Prinzipien sozialer Hilfen für psychisch Kranke, Yakovenko führte die erste epidemiologische Untersuchung über die Häufigkeit psychischer Störungen durch. Beide zusammen schufen die wissenschaftlichen Grundlagen des psychiatrischen Versorgungssystems und der Sozialpsychiatrie in Russland.

Die stationäre psychiatrische Versorgung in Russland basiert zum überwiegenden Teil auf einem System großer Anstalten mit Pflichtversorgung. Forschungszentren und die psychiatrischen Abteilungen von Universitätskliniken haben eine große Bedeutung bei der

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

Facharztweiterbildung, tragen aber wenig zur allgemeinen Versorgung bei. Psychiatrische Dispensaires übernehmen im Wesentlichen die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie sind organisatorisch eigenständige Einheiten, die über Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal verfügen und auch Hausbesuche durchführen. Die Kooperation und wechselseitige Information zwischen den stationären und ambulanten Diensten erfolgt üblicherweise über das Telefon und hängt in ihrer Qualität sehr von den lokalen Verhältnissen ab.

Im 20. Jahrhundert war die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems sehr eng gekoppelt an die soziale und politische Situation im Lande. Wissenschaftliche und praktische Fortschritte lassen sich z.B. festmachen an der Eröffnung des ersten psychiatrischen Ambulatoriums (Dispensaire) in Moskau 1923, das eine neue Ära psychiatrischen Handelns markierte und eine Entwicklung einleitete, die schließlich in ein landesweites System sektorisierter Versorgung mündete. Die psychiatrischen Dispensaires waren Institutionen eines neuen Typs, die die bis dahin voneinander getrennten Beratungs- und ambulanten Behandlungsdienste der Gemeinden zusammenführten und auch die Einweisungen zur stationären Behandlung sowie die spätere Nachsorge der Patientinnen und Patienten übernahmen. Psychiaterinnen und Psychiater lernten so erstmals ihre Patientinnen und Patienten außerhalb der Klinik kennen und wurden auf diese Weise vertraut mit der »anderen Seite«, d.h. ihrem Alltagsleben und demjenigen ihrer Angehörigen. In den späten 20er und frühen 30er-Jahren wurden die ersten Tageskliniken für solche Patientinnen und Patienten eröffnet, die eine Behandlung in Krisen- und Rückfallsituationen benötigten, ohne dass sie deswegen zwangsweise hospitalisiert werden mussten. Mitte der 30er-Jahre arbeitete eine Gruppe namhafter Psychiaterinnen und Psychiater einen so genannten Pflichtenkatalog aus, der auch Anhaltszahlen hinsichtlich der Größe eines Einzugsgebietes der Dispensaires enthielt, aber auch Vorschriften über die Anzahl der Psychiaterinnen und Psychiater für eine definierte Region, die Anzahl der zu absolvierenden Hausbesuche, die Öffnungs- und Konsultationszeiten in den Ambulatorien usw. Einige dieser Normen sind noch in Kraft, andere wurden fallen gelassen.

Die Fortschritte im psychiatrischen Versorgungssystem während der Sowjetzeit erstreckten sich auch auf die Rehabilitation psychisch

Kranker, insbesondere die Einbeziehung gesellschaftlicher und sozialer Organisationen in den Rehabilitationsprozess selbst. Das System schloss Behindertenarbeitsplätze für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten mit ein, aber auch Rehabilitationsabteilungen in Industriefirmen sowie Wohnheime für psychisch Kranke. Es gab spezielle Arbeitsplätze für psychisch Kranke in industriellen und landwirtschaftlichen Betrieben und darüber hinaus öffentlich finanzierte arbeitsmedizinische Hilfen für psychisch Kranke am Arbeitsplatz selbst.

Schwierigkeiten und Probleme

Unter dem Sowjetregime mit der ihm eigenen totalitären Ideologie kam es für die russische Psychiatrie zu erheblichen Problemen. Der Einfluss der Ideologie auf psychiatrisches Denken und Tun hatte verheerende Auswirkungen, insbesondere natürlich die Tatsache, dass westliche Literatur nicht zugänglich war und insofern manche Errungenschaften der modernen westlichen Psychiatrie nicht bekannt werden konnten. Dies betraf vor allem die Psychotherapie und die Sozialpsychiatrie. Auch gab es in den 70er-Jahren die bekannten Fälle politischen Missbrauchs in der sowjetischen Psychiatrie, wie sie in der Zwischenzeit auch öffentlich diskutiert wurden (2).

In den späten 80er und deutlicher noch Anfang der 90er-Jahre wurde die russische Gesellschaft einem dramatischen Wandel unterworfen, der zur Herausbildung eines neuen sozialen und politischen Systems führte. Dank dieser demokratischen Reformen kam es zu vielen positiven Veränderungen. Im russischen Parlament, der Duma, wurde ein neues Psychiatriegesetz verabschiedet, in dem auch die Menschenrechte für psychiatrische Patientinnen und Patienten garantiert wurden. Dieses Gesetz berücksichtigt in jeder Hinsicht internationale juristische, medizinische und soziale Standards und schützt die Rechte psychisch kranker Personen. Deswegen schien es zunächst so, dass die Zerschlagung des totalitären Regimes, die Einführung von Freiheit und Demokratie in Russland sowie die Befreiung der Psychiatrie von ideologischer Bevormundung sehr schnell zu bedeutsamen Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung führen würden. Die Wirklichkeit jedoch war komplizierter. Objektive Schwierigkeiten in der Übergangsperiode, wie z.B. soziale, politische und ökonomische Instabilität, der

offene Bruch mit früheren Gewohnheiten und Regeln, der Verlust von Idealen, die Polarisierung der Gesellschaft in Arm und Reich und die damit einhergehenden Ideologien sind ihrerseits zu schweren sozialen Stressoren mit negativen Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Bevölkerung geworden. Ein weiterer ungünstiger Faktor in der Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs war die mangelhafte Vorbereitung und die geringe Neigung der Bevölkerung, sich auf radikale Lebensveränderungen einzulassen. Den Menschen fehlten einfach jene so genannten westlichen Charaktermerkmale wie Autonomie, Unabhängigkeit, Selbstvertrauen, der Glaube an die eigenen Fähigkeiten sowie Initiativefreudigkeit, die in dem neuen sozialen Kontext so dringend benötigt wurden. Auf diese Weise wurde die so schnell gewonnene Freiheit vielfach eine große Last für viele Menschen im Lande.

Ein Rundschreiben des Gesundheitsministeriums aus dem Jahre 1987 kann als der Beginn der Psychiatrie-Reform angesehen werden. Das Jahr zuvor, 1986, war für die russische Psychiatrie eines der schwierigsten überhaupt. Musste die »Russische Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde« doch öffentlich einräumen (um wieder in die World Psychiatric Association, WPA, aufgenommen werden zu können, die sie 1982 gezwungenermaßen verlassen hatte), dass ihre Mitglieder sich zu politischen Zwecken systematisch hatten missbrauchen lassen. Es ist klar, dass diese Zeit für alle russischen Psychiaterinnen und Psychiater schwierig war. Jeden Tag sahen sie sich gerechtfertigten und ungerechtfertigten Anklagen und Beschimpfungen ihrer Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen gegenüber, auch von Journalistinnen und Journalisten sowie der Öffentlichkeit ganz allgemein. Nicht alle Psychiaterinnen und Psychiater konnten mit diesen, die Glaubwürdigkeit der gesamten Profession in Frage stellenden Angriffen umgehen, und eine zumindest »metaphysische Schuld« (i.S. Karl Jaspers) einräumen, auch wenn sie persönlich sich nichts vorzuwerfen hatten. Verständlicherweise führte dies zu zusätzlichen Problemen.

Die Bevölkerung, die seelische Gesundheit und sozialer Stress

Die schwierige finanzielle, ökonomische und soziale Situation des Landes blieb nicht ohne Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Bevölkerung. Zum einen haben die materiellen Probleme

die Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung schwerer getroffen als andere Bürger. Zum anderen aber hat die ökonomische Krise des Landes zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitssystems im Allgemeinen und der psychiatrischen Versorgung im Besonderen geführt. Als eine Konsequenz all dieser Faktoren ist festzustellen, dass sich die Indikatoren, mithilfe derer seelische Gesundheit messbar wird, nach 10 Jahren Reform nicht verbessert, sondern verschlechtert haben (3, 4). Die auf psychiatrische Störungen beziehbare Invalidität ist um 36 % angestiegen und die Häufigkeit von Gewalttaten psychisch Kranker hat sich in dieser Dekade verdoppelt (vor allem schwere Körperverletzungen und auch Tötungsdelikte). Die Suizidraten haben sich seit 1991 ebenfalls verdoppelt und lagen 1999 bei 44,8 pro 100.000 der Bevölkerung. In einigen Landesteilen erreichen die auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern bezogenen Selbstmordraten sogar 60–70 (5, 6).

Offizielle russische Morbiditätsstatistiken belegen einen generellen Anstieg der so genannten neurotischen Störungen um 35 %, von schweren Persönlichkeitsstörungen um 25 %, eine Zunahme von Drogenmissbrauch um den Faktor 6,6 und alkoholassoziierter Psychosen um den Faktor 4 (7). Diese Daten unterschätzen wahrscheinlich noch die Morbidität der Bevölkerung, da die Inanspruchnahme der psychiatrischen Dienste seit 1980 zurückgegangen ist. Der Anstieg der psychiatrischen Morbidität steht wahrscheinlich in einem Zusammenhang mit dem Zuwachs stressabhängiger psychischer Störungen.

Das derzeitige psychiatrische Versorgungssystem

Die russische Föderation verfügt über eine Population von 148,5 Millionen Menschen (109,8 Millionen städtisch, 38,7 Millionen ländlich). Das Land ist unterteilt in 89 Republiken bzw. Territorien. Jedes der 89 Territorien hat eine eigenständige psychiatrische Versorgung mit stationären und ambulanten Diensten (8). Die regionale psychiatrische Versorgung wird von dem dafür zuständigen regionalen Dispensaire (Ambulatorium) koordiniert. Leitlinien dieses Versorgungssystems sind: (I) Koordination der Hilfen (II) Kontinuität der Hilfen, einschließlich der Verzahnung von stationären und ambulanten Diensten und Einrichtungen. Die Hilfen selbst orientieren sich an dem Sektorprinzip, wobei der gesamte Einzugs-

bereich in Subsektoren unterteilt ist, für die bestimmte Fachärztinnen und -ärzte zuständig sind. Alle regionalen Dienste unterstehen der Aufsicht des zentralen Gesundheitsministeriums der russischen Föderation.

Russland verfügt derzeit über 13.957 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie (0,95 pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner). Davon arbeiten 7.947 (0,54 pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner) in den Ambulatorien. Allerdings sind sie ungleichmäßig über das Land verteilt. In der Republik Ingushetien beträgt die Quote 0,23 pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner, während die höchste Versorgungsdichte in Moskau mit 2,27 pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner besteht. In 29 % aller Regionen ist die Psychiaterinnendichte höher und in 68 % niedriger als im nationalen Durchschnitt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt 1 Psychiater/in auf 15.000 Personen, in der Psychotherapie sind es 1:75.000.

158 Dispensaires sind eigenständig organisiert, während 2.190 Ambulatorien Teil psychiatrischer Krankenhäuser sind. Es gibt insgesamt 279 psychiatrische Fachkrankenhäuser (Anstalten) mit zusammen 182.906 Betten, ca. 170.000 für erwachsene psychisch Kranke (93 %) und ca. 11.000 für Kinder (ca. 6 %). 2.064 Betten (ca. 1,1 %) sind für die Psychosomatik ausgewiesen. Im Durchschnitt verfügen psychiatrische Fachkrankenhäuser daher über ca. 700 Betten. Auch diese sind regional sehr unterschiedlich verteilt. Die Republik Altai hat lediglich eine Bettenmessziffer von 0,45 ‰, während das Kostroma Territorium 2,58 ‰ aufweist. Die mittlere Bettenmessziffer in Gesamtrussland liegt derzeit bei 1,25 ‰. Tagesklinikplätze existieren insgesamt 12.532, was einer Messziffer von 0,06 ‰ entspricht.

In Russland gibt es von der allgemeinen Psychiatrie unabhängige narkologische Einrichtungen und Dienste (Alkohol und Drogen) mit insgesamt elf großen, über das Land verteilten Fachkliniken sowie 169 Ambulatorien. Darüber hinaus existieren 183 Dienste, die ambulant auf anonymer Basis organisiert sind. Daneben gibt es noch 85 Einrichtungen, die einen präventiven Ansatz verfolgen. In insgesamt 270 Diensten stehen auch medizinische Fachkräfte zur Verfügung. Auf die Behandlung von Drogen- und Alkoholmissbrauch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte gibt es 0,5 pro 10.000 der Bevölkerung, mit einem Minimum von 0,1 pro 10.000 in der Re-

publik Ingushetien und einem Maximum von 1,3 pro 10.000 in der Region Magana.

Die psychiatrischen Dispensaires – die Situation in Moskau

Das Ambulatorium, in dem eine der Autorinnen und Autoren (I.S.) arbeitet, wurde 1929 als Ambulanz eines Psychiatrischen Fachkrankenhauses gegründet. 1976 wurde es vom Krankenhaus unabhängig und bekam ein Einzugsgebiet von 700.000 Einwohnerinnen und Einwohner zugeordnet. Im Folgenden werden einige Arbeitsaspekte dieser Institution beschrieben.

Alle Dispensaires in Moskau haben von morgens 8.00 Uhr bis abends 20.00 Uhr geöffnet. Jede/jeder Psychiaterin/Psychiater arbeitet zusammen mit einer Krankenschwester oder -pfleger und versorgt einen bestimmten Distrikt von in der Regel 25.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Sie bzw. er betreut dem entsprechend 500 – 600 psychisch Kranke. Die Beratungszeit pro Tag beträgt fünf bis fünfeinhalb Stunden, zusätzlich werden ein bis zwei Hausbesuche bei Patientinnen und Patienten gemacht (auf Anforderung oder nach Gutdünken der/des Psychiaterin/Psychiaters). Im Dispensaire haben sich eine Reihe alt hergebrachter Regeln erhalten. Im Erwachsenenbereich bedeutet dies, pro Stunde werden vier Patientinnen und Patienten behandelt, während in der Kinderabteilung lediglich 2,5 Patientinnenkonsultationen in der Stunde stattfinden. Verantwortlich für die Einhaltung dieser Regeln ist die Leiterin bzw. der Leiter des Ambulatoriums. Aber auch die Fachärztinnen und -ärzte selbst sind dafür verantwortlich, dass die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten nicht zurückgeht, dass jede bekannte Patientin oder jeder Patient mindestens fünfmal im Jahr gesehen/untersucht wird und, dass sie bzw. er die notwendigen medizinischen und sozialen Hilfen erhält. Falls dies nicht geschieht, hat dies Rückwirkungen auf die Finanzierung der Einrichtung.

Erwähnt werden soll noch, dass erwachsene und heranwachsende Patientinnen und Patienten ins Ambulatorium kommen, während Kinder in den Räumen der Kinderpolikliniken gesehen werden. Für die in den Dispensaires tätigen Psychologinnen und Psychologen existieren keine vergleichbaren Vorschriften, sodass die Anzahl der von ihnen untersuchten bzw. behandelten Kinder sehr variiert.

Die große Anzahl der in den Ambulatorien zu betreuenden Pa-

tientinnen und Patienten lässt nicht genügend Zeit für psychotherapeutische Aktivitäten. Der Schwerpunkt der psychiatrischen Arbeit ist ausgerichtet an Diagnosestellung, Medikamentenversorgung, Kliniks- bzw. Tagesklinikaufnahme sowie an sozialen Dingen. Gelegentlich müssen ergänzende Hilfen organisiert werden (z.B. psychologische, rechtliche, somatische Abklärungen usw.). Sofern Psychotherapie im engeren Sinne indiziert ist, überweist die Psychiaterin bzw. der Psychiater diese Patientinnen und Patienten an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ebenfalls ambulant tätig sind. Die Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, die Information, ob eine Patientin bzw. ein Patient zur Entlassung oder zur Aufnahme ansteht, geschieht in der Regel telefonisch. Dies ist vor allem bei psychotischen oder schwer depressiven Patientinnen und Patienten notwendig. Bei der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten aus stationärer Behandlung verfasst das Krankenhaus einen Entlassungsbericht. Jedes Dispensaire ist eng verbunden mit einem zugeordneten Krankenhaus, sodass Patientinnen und Patienten mit wiederholten Aufnahmen in der gleichen Abteilung behandelt werden können. Diese Regel hat indes Vor- und Nachteile. Dem Vorteil der Behandlungskontinuität steht die geringe Möglichkeit der Patientinnen und Patienten entgegen, die Behandlerin oder den Behandler zu wechseln. Allerdings gibt es auch die Möglichkeit zur Behandlung in einer Psychiatrischen Universitätsklinik oder in einer Forschungseinrichtung. Die meisten Ambulatorien verfügen über beschützte Arbeits- und auch über Rehabilitationsmöglichkeiten für ihre Patientinnen und Patienten.

Im althergebrachten Versorgungssystem entwickelten sich die Ambulatorien eher in quantitativer als in qualitativer Hinsicht. In ihnen arbeiteten Psychiaterinnen/Psychiater, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Krankenpflegepersonal. Damals war es unvorstellbar, dass eine Psychologin bzw. ein Psychologe oder eine Sozialarbeiter bzw. -arbeiter in einem Ambulatorium tätig ist. Auch die Psychiaterinnen und Psychiater selbst versprachen sich nicht viel von derart multidisziplinärer Arbeit. Die Umgestaltung der Dispensaires, zu dieser Zeit noch nicht die Umgestaltung des gesamten Versorgungssystems, begann 1977 mit der Verselbstständigung der narkologischen Abteilungen. Auf der einen Seite waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ambulatorien darüber erleichtert, dass

sie die Drogen- und Alkoholpatientinnen und -patienten nicht mehr versorgen mussten, andererseits war den Psychiaterinnen und Psychiatern jetzt die Möglichkeit genommen, eigene Erfahrungen mit dieser Patientinnengruppe zu machen. Auch kamen jetzt weniger differenzialdiagnostische Überlegungen zum Tragen. Den narkologischen Ambulatorien wurde zudem die Möglichkeit eingeräumt, Tageskliniken zu eröffnen und eigene Rehabilitationsprogramme zu entwickeln. Auch durften sie anonyme Behandlungen durchführen. Trotz der Trennung der beiden Dienste sind den Dispensaires eine Gruppe chronischer Patientinnen und Patienten verblieben, vor allem solche mit einem sekundären Substanzgebrauch. Diese Patientinnengruppen den Narkologinnen und Narkologen zu überantworten wäre aus unserer Sicht unangebracht.

Die anti-psychiatrische Kritik und das Dispensaire-System

Im Zuge der öffentlichen Debatte über den Missbrauch der Psychiatrie Ende der 80er-Jahre und der damit einhergehenden anti-psychiatrischen Kampagnen, reduzierte sich die in den Ambulatorien behandelte Patientinnengruppe sehr. Heilpraktikerinnen/-praktiker, Parapsychologinnen/-psychologen und Schwindler – alle ohne medizinische Vorbildung – wurden populär. Viele Patientinnen und Patienten waren begeistert davon, was jetzt passierte. Aggressive Angriffe von Patientinnen und Patienten gegen ihre behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater im Rahmen eines psychotischen Rückfalls wurden häufiger. Einige Psychiaterinnen und Psychiater erlitten dadurch ernsthafte Gesundheitsschäden, auch kam es zu Todesfällen. Die Psychiaterinnen und Psychiater versuchten, einen tragfähigen Kontakt zu Patientinnen/Patienten und Angehörigen aufrechtzuerhalten, nicht bei allen gelang dies. Viele Patientinnen und Patienten kamen erst nach zwei oder drei Jahren wieder in reguläre Behandlung, ihr Gesundheitszustand hatte sich zwischenzeitlich meist erheblich verschlechtert.

Die anti-psychiatrische Kampagne ließ nur langsam nach. Hierzu trug auch das oben erwähnte Rundschreiben des Gesundheitsministeriums bei, das die Normalisierung der Situation förderte. Es wurde Ende 1987 verschickt und legte bindend fest, dass die ambulante psychiatrische Behandlung gegen den Willen der Patientin und des Patienten sich auf die schweren Störungen zu beschränken

habe. Auch gab es den Patientinnen und Patienten das Recht, aus eigenem Antrieb medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. In den folgenden zwei Jahren stieg die Gruppe derjenigen Patientinnen und Patienten, die aus eigener Initiative Hilfe in Ambulatorien suchten von 20 auf 50 % an.

Die neue Rechtslage

Das Rundschreiben des Gesundheitsministeriums legte auch fest, wie mit solchen Patientinnen und Patienten zu verfahren ist, die eine psychiatrische Untersuchung ablehnen. Früher war es so, dass eine derartige Untersuchung nur dann stattfinden durfte, wenn der Direktor/die Direktorin des territorialen Dienstes zustimmte. Diese Zustimmung war immer dann zu erhalten, wenn der Antrag dazu von Angehörigen, der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt oder auch einer Psychiaterin/einem Psychiater gestellt wurde und wenn die Gründe hierfür einleuchtend schienen. Ein derartiges Verfahren erleichterte natürlich die Arbeit der Psychiaterinnen und Psychiater in der Ambulanz, lud jedoch die Verantwortung einer einzigen Person auf, eben der Chef-Psychiaterin/dem Chef-Psychiater einer ganzen Region mit zum Teil mehreren Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern. In Notfällen wurde demzufolge die Entscheidung hierüber doch von der Psychiaterin bzw. dem Psychiater im Ambulatorium getroffen. Das jetzige »Psychisch Kranken- und Hilfefgesetz« hat einerseits diese Möglichkeiten beibehalten, gleichzeitig jedoch eine richterliche Überprüfung eingeführt.

Die Verabschiedung und Umsetzung des Gesetzes aus dem Jahre 1993, des ersten Psychisch Kranken- und Hilfefgesetzes im Lande, war das nächste Ereignis von herausragender Bedeutung. Eine gemischte Kommission von Parlamentsabgeordneten, Juristinnen/Juristen und Psychiaterinnen/Psychiatern hat dieses Gesetz ausgearbeitet, das den Handlungsrahmen der Psychiaterinnen/Psychiater und ihrer Institutionen ebenso absteckt wie ihre Pflichten und Verantwortlichkeiten, aber auch die Rechte verankert, die Personen mit psychischen Erkrankungen zustehen.

Aufgrund der neuen Gesetzeslage sind einige Dispensaires und auch einige Fachkliniken dazu übergegangen, Rechtsanwälte anzustellen, die Patientinnen und Patienten rechtlichen Rat geben.

Schwieriger war schon die Integration von Sozialarbeiterinnen und -arbeitern in das Behandlungsteam, da weder die Ambulatorien noch die Kliniken so recht etwas mit ihnen anzufangen wussten.

Die neue Rechtssituation hat alles in allem viele Patientinnen und Patienten beruhigt und die Psychiaterinnen und Psychiater dazu gebracht, ihren Patientinnen und Patienten wieder Vertrauen und Respekt entgegen zu bringen. Die Wünsche und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten werden seitdem ernster genommen und bei Behandlungsentscheidungen mit berücksichtigt; sie sind nicht mehr zu untersuchende und zu behandelnde Objekte, sondern Menschen mit einer eigenen Würde. Auf diese Weise wurden die ersten Schritte getan, die geeignet sind, von der bis jetzt praktizierten paternalistischen Haltung der russischen Psychiatrie wegzuführen.

Eine moderne Psychiatrie ist ohne den Einbezug von Angehörigen nicht mehr denkbar. Angehörigengruppen oder gar -vereinigungen bildeten sich in Moskau sehr viel später als in Westeuropa. Das Ambulatorium, in dem eine der Autorinnen und Autoren (I.S.) tätig ist, kooperiert seit 1995 mit einer derartigen Gruppe. Ohne in die Pläne und Aktivitäten der Angehörigen einzugreifen, unterstützen die Professionellen die Angehörigen in jeder Hinsicht: mit Informationen über die Art ihrer Arbeit, über die einzelnen Hilfsmöglichkeiten, die rechtlichen und sozialen Aspekte, die eine große Rolle in den Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen spielen. Regelmäßige monatliche Treffen mit einer großen Angehörigengruppe erlauben, die wesentlichen Probleme zu erkennen und die Anliegen der Angehörigen zu verstehen, auch und gerade dann, wenn sie mit den professionellen Angeboten nicht zufrieden sind. Es ist wohl noch zu früh, um über Erfolge zu sprechen, auf jeden Fall aber ist eine derartige Kooperation für alle Beteiligten von großer Bedeutung.

Zusammenfassung

Angesichts der komplizierten und weitreichenden Veränderungen hinsichtlich der seelischen Gesundheit und des psychiatrischen Versorgungssystems in Russland sind wir davon überzeugt, dass die psychiatrische Reform in der russischen Föderation als Ganzem, wie auch gerade in Moskau, einen zunehmend irreversiblen Charakter

bekommen hat, der allerdings einer weiteren Entwicklung bedarf. Aus diesem Grund ist es wichtig, zukünftige Perspektiven zu benennen (9):

1. Wir halten es für bedeutsam, im Hinblick auf die Pathogenese psychischer Erkrankungen die Interaktion biologischer, sozialer und psychologischer Faktoren zu berücksichtigen. Dies ist eine theoretische Grundvoraussetzung modernen psychiatrischen Denkens. Eine Über- oder Unterschätzung eines dieser Faktoren führt notwendigerweise zu ernsthaften Fehleinschätzungen jeglicher psychiatrischen Theorie und Praxis.
2. Der sozialpsychiatrische Ansatz im psychiatrischen Versorgungssystem muss gestärkt werden. Dabei ist zu beachten, dass Fortschritte in der Versorgung psychisch Kranker zu einem beträchtlichen Teil der modernen Psychopharmakologie zu verdanken sind, die ihrerseits erst die Voraussetzungen für psychosoziale Behandlungsmethoden ermöglicht hat.
3. Neue sozialpsychiatrische Ansätze müssen entwickelt und erprobt werden. In Russland müssen diese Konzepte an die sich verändernden sozioökonomischen Verhältnisse angepasst werden. Zwei Hauptziele sind dabei (I) die Entwicklung neuer Rehabilitationsmethoden. Die theoretischen Begründungen der früheren russischen Rehabilitations-Psychiatrie haben ihre Bedeutung nicht verloren, aber die gegenwärtige Praxis hat sich auf die neue sozioökonomische Situation einzustellen, die ungleichen Einkommensverhältnisse, die Herausbildung einer Marktwirtschaft, den Verlust von minderqualifizierten Arbeitsplätzen in der Industrie, Arbeitslosigkeit und das fehlende Interesse von Arbeitgebern, psychisch Kranke zu beschäftigen. Der andere Aspekt ist, dass (II) die sozialen Hilfssysteme für psychisch Kranke weiter entwickelt werden müssen. Dies erfordert die Aufrechterhaltung des traditionellen psychiatrischen Versorgungssystems, von Dispensaires, Tageskliniken, Reha-Werkstätten, beschützten Wohnangeboten und weiterer Dienste. Andererseits werden neue soziale Netzwerke benötigt. Dies könnte erleichtert werden durch die Gründung gemeinnütziger Hilfsorganisationen, die Einrichtung von gemeindepsychiatrischen Zentren, beschützte Arbeitsplätze sowie Arbeitsmöglichkeiten mit beschränkter Arbeitszeit, Angehörigen-Gruppen, bei denen sich deren Mitglieder auch wechselseitig unterstützen können, Patientinnenselbsthilfegruppen, spezielle

- Dienste für ethnische Minoritäten usw. Die Entwicklung dieser neuen Hilfssysteme ist erst langsam im Kommen. Auch ist es wichtig, die russisch-orthodoxe Kirche in diese Anstrengung mit ein zubeziehen, da sie in dieser Beziehung über beträchtliche Erfahrung verfügt und in der Vergangenheit eine entsprechende Tradition hatte.
4. Von großer Bedeutung ist ferner, im neuen Jahrtausend die Psychiatrie in die allgemeine Medizin zu integrieren, sodass sie zu einem Teil des medizinischen Versorgungssystems werden kann. Dies ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Psychiatrie zu einer medizinischen Spezialdisziplin unter anderen wird, mit vergleichbarem Wissen und Können, wie es in den anderen Fächern ebenfalls existiert. Dies wird (I) dazu beitragen, dass die psychiatrischen pathogenetischen Modelle genauer untersucht werden können und (II) das Gesamtgebiet seelischer Gesundheit in einer eher prinzipiellen und einer Menschenrechtsperspektive vorangebracht werden kann. Wenn die Psychiatrie Teil der allgemeinen Medizin ist, so haben auch psychiatrische Patientinnen und Patienten die selben Rechte wie alle anderen, dies hat positive Auswirkungen auf öffentliche Haltungen und auf das Verhalten der Gesellschaft zu ihren psychisch kranken Mitbürgerinnen und Mitbürgern, es trägt dazu bei, deren soziale Situation zu verbessern und vermindert das Stigma psychischer Erkrankungen.
 5. Im Hinblick auf Drogen- und Alkoholmissbrauch ist zu fordern, dass präventive Ansätze gestärkt werden und darüber hinaus die existierenden Spezialdienste erhalten und stabilisiert werden.

Wie können die oben genannten Aufgaben im russischen psychiatrischen Versorgungssystem angegangen und welche zukünftigen Einrichtungen sollten gefördert werden?

- Abhängig von weiteren Fortschritten in der Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und den sozialen Hilfssystemen ist es möglich, den Schwerpunkt der Behandlung mehr und mehr in den ambulanten Bereich zu legen. In Zukunft bedeutet dies, dass wir weniger psychiatrische Betten brauchen als es heute der Fall ist.
- Der Aufbau eines Netzwerks psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist ein wichtiger Baustein des psychi-

atrischen Versorgungssystem in der Gemeinde; im gegenwärtigen russischen Versorgungssystem fehlt es fast völlig. Wir sind jedoch davon überzeugt, dass etwa 80 % aller Patientinnen und Patienten hiervon profitieren könnten. Die Vorteile psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im Vergleich zu traditionellen psychiatrischen Fachkrankenhäusern bestehen vor allem darin, dass (I) die klinischen Behandlungsstandards dadurch verbessert werden, dass ein einfacher Zugang zu Konsultations- und Liaisondiensten besteht (II), dass sich die finanzielle Situation des psychiatrischen Versorgungssystems dadurch verbessert, dass die Psychiatrie Teil des allgemeinen medizinischen Versorgungssystems wird, insbesondere soweit es sich um psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern handelt und (III), dass sich das den psychischen Erkrankungen und ihrem Versorgungssystem anhaftende Stigma verringert.

- Psychiatrische Fachkrankenhäuser werden ihre Rolle in der Behandlung einiger Patientinnen und Patienten behalten, speziell für solche Kranken, deren psychotische Erkrankungen mit Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen, für geistig Behinderte sowie Demenzkranke und forensische Patientinnen und Patienten.
- Von großer strategischer Bedeutung ist auch die Betonung der seelischen Gesundheit in der allgemeinen Bevölkerung, weil die Förderung seelischer Gesundheit und psychiatrisch präventive Maßnahmen sowohl auf einer individuellen als auch auf einer bevölkerungsbezogenen Ebene positive Auswirkungen haben.

Literatur

- I. DIMITRIJEVA TB, POLOSHIJ BS. Sozialpsychiatrie: Exkurs in die Geschichte. Studien der Sozialpsychiatrie. Moskau 1998, 6–42.
- II. BLOCH S, REDDAWAY P. Soviet Psychiatric Abuse. The Shadow over World Psychiatry. London, 1984.
- III. POLOSHIJ BS. Stressoren der sozialen Veränderungen und psychische Gesundheitsstörungen. Rundschau der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie namens V.M. BAECHEREV 1996: No. 2: 136–143.
- IV. POLOSHIJ BS. Psychologische Anpassung und psychische Gesundheit älterer Menschen unter den Bedingungen der sich reformierenden Gesellschaft. Fragen der sozialen und klinischen Psychiatrie und Narkologie. Moskau 2000, 186–200.

- V. DIMITRIJEVA TB, POLOSHIJ BS. Ethnico-cultural factors of suicides in Russia. 6th World Congress »Innovation in Psychiatry – 2000«. London 2000, 38.
- VI. POLOSHIJ BS. Ethnocultural peculiarities of suicide prevalence in Russia. European Psychiatry 2000: 15, Suppl. 2: 274–275.
- VII. KOSCHKINA EA, KORTSCHAGINA Ga; SCHAMOTA AS. Prävalenz und Inzidenz von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit in der Russischen Föderation. Moskau 2000.
- VIII. TSCURKIN AS, TVOROGOVA NA. Die psychiatrische Hilfe der Bevölkerung der Russischen Föderation. Moskau, 1998.
- IX. POLOSHIJ BS. Entwicklungsperspektiven der sozialen Psychiatrie in Russland. Journal der russischen Psychiatrie 2000: No.1: 68–70.

Die italienische Psychiatrie-Reform über 20 Jahre später¹

Lorenzo Burti

Einleitung

1978 führte ein innovatives Psychiatriegesetz fundamentale Veränderungen des italienischen psychiatrischen Versorgungssystems ein, indem

- alle Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser verboten wurden;
- gemeindepsychiatrische Angebote aufgebaut wurden;
- freiwillige Aufnahmen und Zwangsunterbringungen nur in kleinen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zugelassen waren.

Anfänglich wurde von Schwierigkeiten und einer ungleichmäßigen Umsetzung der Reform berichtet, aber 1984 zeigte eine landesweite Untersuchung die Entwicklung von stationären und extramuralen Diensten auf, die über 80 % der italienischen Bevölkerung in ihrer eigenen Gemeinde zur Verfügung standen. In den folgenden Jahren wurde in ganz Italien ein umfassendes Netzwerk von stationären und extramuralen Einrichtungen, Wohnheimen und betreuten Wohnformen erreicht.

In den letzten Jahren sind die psychiatrischen Angebote durch die »managed care«-Revolution in Gefahr geraten. Gemeinnützige Organisationen haben zunehmend das öffentliche System ergänzt, besonders in den Bereichen der Wohnversorgung, Beschäftigung (Arbeitskooperativen) und Selbsthilfe.

Das endgültige Aus des psychiatrischen Krankenhauswesens wurde letztlich 1998 erreicht.

¹ Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

Der Weg der Psychiatrie-Reform in Italien

1978 verabschiedete das italienische Parlament ein innovatives Psychiatriegesetz (Gesetz Nr. 180), das fundamentale Veränderungen des öffentlichen Versorgungssystems für psychisch Kranke einführte und die Verpflichtung enthielt, sich der traditionellen psychiatrischen Anstalten zu entledigen und ein landesweites psychiatrisches System *ohne* psychiatrische Krankenhäuser aufzubauen. Das Gesetz Nr. 180 verfügte damit den Wechsel von einer Politik der Aussonderung und Kontrolle in den Anstalten zu einer Politik der Behandlung und Rehabilitation im Lebenskontext der Gesellschaft.

Die italienische Tradition der Regelung psychiatrischer Versorgungspraxis reicht zurück bis ins 18. Jahrhundert, als Vincenzo Chiarugi (1759 bis 1820) Bestimmungen für das St. Bonifazius-Krankenhaus in Florenz nach den aufklärerischen Prinzipien des »moral treatment« entwarf. Mit der Vereinigung des Landes im Jahr 1861 wurde die Schaffung eines nationalen Gesetzes vordringlich. Allerdings verging eine lange Zeit mit Debatten und erfolglosen Entwürfen – trotz einer Verschärfung der Probleme psychiatrischer Versorgung war in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in der Tat ein bedeutsamer Anstieg psychiatrischer Krankenhäuser und ihrer Insassen zu verzeichnen. Erst im Jahr 1904 wurde das Gesetz Nr. 36 »Verordnung über öffentliche und private psychiatrische Krankenhäuser« vom Parlament verabschiedet. Danach wurde wiederum für eine lange Zeit (bis in die 1960er-Jahre) keine neue Gesetzesinitiative ergriffen.

Das Gesetz Nr. 36 bezog sich auf die soziale Kontrolle, nicht auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, und betonte die Vorstellung von Gefährlichkeit. Faktisch waren nur Zwangseinweisungen zugelassen, was ganz offensichtlich dazu führte, ungefährliche behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten zu diskriminieren. Eine 30-tägige Unterbringung wurde durch einen Arzt beantragt, durch einen Untersuchungsrichter angeordnet und im Strafregister eingetragen. Kontinuierliche Aufnahmen wurden durch das Gericht angeordnet und hatten den Verlust der bürgerlichen Rechte zur Folge. Eine Konsequenz war der Anstieg der Insassen psychiatrischer Krankenhäuser in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die Kritik am Gesetz Nr. 36 wurde nach dem 2. Weltkrieg lauter, aber erst 1968, als eine Auswirkung der Enthospitalisierungs-

bewegung, wurden einige nennenswerte Änderungsvorschläge im Parlament verabschiedet.

Die Enthospitalisierungsbewegung wurde von Franco Basaglia, einem brillanten Psychiater mit phänomenologischer Ausrichtung angeführt. Er und seine Kolleginnen und Kollegen übernahmen 1961 das Landeskrankenhaus von Gorizia (Görz), einer Kleinstadt im Nordosten Italiens, und sie haben das Krankenhaus in den darauf folgenden Jahren komplett umgestaltet. Alle Stationen wurden nach und nach geöffnet und den Patientinnen und Patienten wurde es erlaubt, sich frei innerhalb des Krankenhauses und in der Stadt zu bewegen. Elektrokrampftherapie, Wegsperrungen und Zwangsmaßnahmen wurden verboten und ein Enthospitalisierungsprogramm eingeführt. Das modellhafte Experiment von Gorizia wurde in der Folge in anderen Städten nachgeahmt, es wurde zum Modell für die italienische Psychiatrie-Reform von 1978 und für das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem.

Diese Bewegung konnte durch ihren Einsatz für die psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine große Zahl von psychiatrischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, progressiven Intellektuellen und die breite Öffentlichkeit gewinnen, zudem erhielt sie politische Unterstützung vor allem von den linken Parteien. 1977 startete die Radikale Partei (Partito Radicale), bekannt dafür, Volksentscheide über liberale Reformen einzubringen, eine Kampagne für ein Referendum zur Aufhebung des Psychiatriegesetzes von 1904. Mit Blick auf die im Sommer 1978 anstehenden Wahlen drängte die Regierung eine von Basaglias Arbeiten angeregte Kommission, ein neues Gesetz zu formulieren, das am 13. Mai 1978 als Gesetz Nr. 180 verabschiedet wurde. Es beinhaltete folgende zentrale Punkte:

- Verbot aller Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser, auch von Wiederaufnahmen; allerdings wurden die in diesen Krankenhäusern lebenden psychiatrischen Patientinnen und Patienten nicht mit Zwang in die Gemeinden entlassen, von daher lag die Intention eher in der Vermeidung von Hospitalisierungen als in der forcierten Enthospitalisierung;
- Aufbau gemeindepsychiatrischer Angebote, verantwortlich für das komplette Spektrum psychiatrischer Maßnahmen;
- Anordnung freiwilliger und unfreiwilliger Hospitalisierung nur in Notfallsituationen, wenn gemeindepsychiatrische Alternativen ausgetestet und nicht erfolgreich waren. Aufnahmen finden

nur noch in kleinen Abteilungen (nicht mehr als 15 Betten) in Allgemeinkrankenhäusern statt. Die Organisation von stationären und extramuralen Angeboten in den Regionen muss umfassende Maßnahmen für die Prävention und Rehabilitation psychiatrischer Störungen – neben der Versorgung psychischer Krankheiten – bereitstellen.

Die italienische Reform war dahingehend einmalig, dass die neuen Dienste als Ersatz und nicht als komplementär oder zusätzlich zum psychiatrischen Krankenhaus konzipiert wurden. Dieser Punkt ist wichtig, wenn man die Bedeutung des psychiatrischen Krankenhauses für die Entstehung sekundärer Behinderung und Handikaps in Form von Hospitalismus berücksichtigt. Es ist bekannt, dass dort, wo neue Versorgungsdienste nur dem existierenden System hinzugefügt wurden, eine Institutionalisierung schwer erkrankter Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern nicht verhindert werden konnte, da die neuen Dienste letztlich andere, weniger gestörte Gruppen psychiatrischer Patientinnen und Patienten aufnahmen.

In einem anderen Sinne ist die italienische Reform im internationalen Kontext nicht einmalig, da Enthospitalisierung und die gegenwärtige Verbreitung gemeindebasierter Dienste einen grundlegenden Prozess in allen entwickelten Ländern darstellt. Jedoch war sie – und ist es zum großen Teil immer noch – durch die verordnete Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser die radikalste Reform. Für ihre konsequente Einführung der Prinzipien gemeindepsychiatrischer Versorgung wurde die italienische Reform mit unterschiedlichen Reaktionen bedacht: von offenem Enthusiasmus, über Herablassungen (»hier ist ein Land, das der Enthospitalisierungsbewegung hinterher hinkt«), bis hin zu giftiger Opposition (»das italienische »Experiment« ist faktisch ein Desaster«).

Die Umsetzung der Reform erfolgte landesweit deutlich ungleichmäßig, zumindest für einige Jahre, da die regionalen Regierungen ihrerseits Gesetze erlassen mussten und öffentliche Gelder in einem schon von vornherein finanziell spärlich ausgestatteten Gesundheitswesen aufzubringen waren. Von einem großen Gefälle in der Quantität und Qualität der Versorgungseinrichtungen zwischen Nord- und Süditalien wurde längere Zeit berichtet und als Beleg für das vermeintliche Scheitern der Reform angeführt. Aller-

dings zeigte schon 1984 eine landesweite Begleitforschung durch CENSIS, eine angesehene italienische Organisation für sozialwissenschaftliche Studien, dass sich sowohl stationäre als auch extramurale Dienste im ganzen Land entwickelt hatten und diese über 80 % der italienischen Bevölkerung in ihrem eigenen Einzugsbereich zur Verfügung standen. In der Tat wiesen 675 von 694 Ulss (Unità locali socio-sanitarie; den lokalen Gesundheitsbezirken) gemeindepsychiatrische Dienste auf. Zur gleichen Zeit gab es 236 Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 3.113 Betten (5,4 pro 100.000 Einwohnerin/Einwohner: 60 % der geplanten Betten). Diese Abteilungen verzeichneten insgesamt etwa 80.000 Aufnahmen im Jahr, davon waren 1/5 Zwangseinweisungen und 1/3 Wiederaufnahmen. 1984 war der gesamte Anteil stationärer Versorgung (332 pro 100.000 Einwohnerin/Einwohner, sowohl öffentlicher als auch privater Bereich) geringer als vor der Reform im Jahr 1977 (389 pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern). Demnach hatte das Verbot von Neuaufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern die Institutionalisierung neuer Patientinnen und Patienten verhindert, zugleich war kein Anstieg des »Drehtürpsychiatrie«-Phänomens in den Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zu verzeichnen, ebenso wenig wie eine Verlagerung in den privaten Sektor. Es entstanden Einrichtungen beschützten Wohnens mit 2.901 Betten (5,03 pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner), aber ihre Zahl wurde als noch nicht ausreichend angesehen, den Wohnbedarf zu decken. Zum Zeitpunkt der CENSIS-Untersuchung hatte sich die Anzahl der psychiatrischen Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Krankenhaus halbiert von 60.000 vor der Reform bis auf weniger als 30.000. Die Qualität der Versorgung war jedoch generell schlecht und nahm weiter ab. Es gab nur eine Hand voll Rehabilitations- bzw. Enthospitalisierungsprogramme und es hatten sich nur wenige Kontakte mit gemeindepsychiatrischen Institutionen zur gemeinschaftlichen Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten gebildet.

Nach einigen gescheiterten Versuchen und laufenden Gesetzesanträgen zur Aufhebung der Reform, verabschiedete das Parlament schließlich 1994 einen nationalen psychiatrischen Gesundheitsplan. Er bewirkte sowohl politisch eine Bestätigung des mit der 16 Jahre alten Reform eingeschlagenen Weges als auch administrativ eine Vorgabe gemeinsamer Standards für den Betrieb und die Finanzierung

der psychiatrischen Dienste in den Regionen. Dieser Plan schrieb die Integration aller örtlichen psychiatrischen und sozialen Dienste unter einer Verwaltungsorganisation vor: dem Department für Seelische Gesundheit (Departamento di Salute Mentale, DSM), im Normalfall für etwa 150.000 Einwohnerinnen und Einwohner verantwortlich, das die folgenden Dienste anbietet:

- Gemeindepsychiatrisches Zentrum für Seelische Gesundheit (Centro di Salute Mentale, CSM). Es bietet die extramurale Versorgung und Notfallintervention, Beratung und Unterstützung für die Familien, Case Management, Sozialarbeit, Rehabilitation und berufliche Förderung, Arbeitsplatzsuche, Überwachung der Krankenhauseinweisungen und die Wiedereingliederung der aus dem psychiatrischen Krankenhaus entlassenen Patientinnen und Patienten;
- Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus (Servizio di Diagnosi e Cura, SDC): ein Bett pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Tagesangebote, mit einem Platz pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner, z.B. Tageskliniken und Tagesstätten;
- Wohneinrichtungen mit mindestens einem Bett pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Sie bieten Langzeitbehandlung in kleinen (maximal 20 Betten) Heim-ähnlichen Einrichtungen für chronisch psychisch Behinderte (u.a. den ehemaligen Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser)

Wohngruppen

Die personelle Ausstattung des Department für Seelische Gesundheit sollte angemessen, d.h. mit mindestens einem psychiatrischen Mitarbeiter pro 1.500 Einwohner ausgestattet sein.

1998 wurde ein Nationaler Gesundheitsplan für die Jahre 1998–2000 erlassen; er nahm die Systemstrukturen und Kontingente des vorherigen Planes auf, legte jedoch unterschiedliche Schwerpunkte auf die Ziele, insbesondere in Bezug auf die Zusammenarbeit und Koordination der psychiatrischen Dienste mit anderen Diensten, sowie auf Qualitätssicherung:

- Zusammenarbeit/Koordination mit anderen Gesundheits- und Sozialdiensten;
- Zusammenarbeit/Koordination mit Universitäten;

- Zusammenarbeit/Koordination mit der örtlichen Verwaltung;
- Zusammenarbeit/Koordination mit gemeinnützigen Organisationen;
- Beteiligung von Nutzerinnen- und Angehörigengruppen;
- Einführung Computer-gestützter Systeme zur Datenerfassung;
- Evaluation der Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Maßnahmen;
- Evidenz-basierte Medizin;
- Qualitätssicherung;
- Standards für die Zertifizierung von Diensten;
- Planung von Maßnahmen;
- Festsetzung von Richtlinien;
- Reorganisation der Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche.

In den 1990er-Jahren wurden in ganz Italien ein umfassendes Netzwerk stationärer und außerstationärer Dienste aufgebaut sowie verschiedene gemeindepsychiatrische Einrichtungen eingeführt, wie z.B. therapeutische Wohngemeinschaften, Tagesstätten und beschützte Werkstätten, von denen am Anfang viel zu wenige vorhanden waren. Eine vor kurzem durchgeführte Übersicht von GIROLAMO & COZZA (2) zeigt ein umfassendes Netzwerk von öffentlichen und privaten Diensten auf, die das ganze Land umfassen, ohne die drastischen Unterschiede zwischen den Regionen, wie sie noch Jahre nach der Reform beklagt worden waren. Das Versorgungsangebot umfasst 10.083 psychiatrische akut-stationäre Betten (4.084 an Allgemeinkrankenhäusern, 7 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, damit nahe am Standard von empfohlenen 10 pro 100.000; 404 in Universitäts-Abteilungen; 5.595 im privaten Sektor) mit einem Gesamtanteil von 17 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Aufnahmequoten der psychiatrischen Stationen in den Allgemeinkrankenhäusern haben weiterhin abgenommen: 278 pro 100.000 im Jahr 1987, 222 im Jahr 1994, während der entsprechende Anteil im privaten Sektor konstant blieb: 155 im Jahr 1975, 140 im Jahr 1994. Bemerkenswerterweise hat sich die Zahl der Zwangseinweisungen deutlich verringert (57 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner – 50 % aller Aufnahmen im Jahr 1977, 24 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 1984 – 12 % aller Aufnahmen). Es gibt 695 Zentren für Seelische Gesundheit,

1,81 pro 150.000 Einwohnerinnen und Einwohner (die Größenordnung eines typischen örtlichen Versorgungssektors).

Angehörigenorganisationen hatten ihre Unzufriedenheit mit dem Gesetz Nr. 180 geäußert, vor allem wegen der knappen gemeindepsychiatrischen Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten in den ersten Jahren der Reform. Allerdings unterstützten sie die vollständige *Implementierung* der Reform und nicht deren Abschaffung. Angehörigenorganisationen werden regelmäßig durch die nationalen und regionalen Regierungen bezüglich der Planung und Vorbereitung von Gesetzen konsultiert und ihre Vertreterinnen und Vertreter nehmen an den Beratungsgremien der Departments für Seelische Gesundheit teil. 1993 vereinigten sich verschiedene Organisationen zur U.N.A.S.A.M., der Nationalen Union der Vereinigungen für Seelische Gesundheit, die sowohl national als auch international sehr aktiv ist [s.a.: www.unasam.it]. Die Selbsthilfebewegung von (Ex-)Nutzerinnen und Nutzern/ Psychiatrie-Erfahrenen verbreitet sich ebenfalls in ganz Italien. Sie ist eher auf die Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Establishment ausgerichtet als auf Opposition.

In den letzten Jahren wurde die Psychiatrie sowie der ganze nationale Gesundheitsdienst maßgeblich von der »managed care«-Revolution beeinflusst. Psychiatrische Dienste sind mehr als andere, lukrativere und politisch attraktivere medizinische Einrichtungen gefährdet und müssen sich einem härteren Kampf um Fördermittel und Personal stellen als jemals zuvor. Aus diesem und noch weiteren Gründen gewinnen gemeinnützige Organisationen in Ergänzung zum öffentlichen Systems insbesondere in den Bereichen Beschäftigung (Arbeitskooperativen) und Selbsthilfe an Bedeutung.

Das endgültige Aus des psychiatrischen Krankenhauswesens in Italien wurde letztlich durch das Haushaltsgesetz des Haushaltsjahres 1996 erreicht, das ursprünglich die Schließung aller psychiatrischen Krankenhäuser bis Ende 1996 festlegte, die später auf den 31. März 1998 verschoben wurde. Ironischerweise waren die wirtschaftliche Rezession und die völlig neue Sorge um die Reduzierung von Gesundheitskosten an einer Stelle erfolgreich, wo der gute Wille fast zwei Jahrzehnte lang gescheitert war! Zwischen 1996 und 1998 wurden 26 psychiatrische Krankenhäuser offiziell geschlossen und die Anzahl der Patientinnen und Patienten fiel von 17.068 (am 31. Dezember 1996) auf 7.704 (4.769 in öffentlichen und 2.935 in privaten psychiatrischen Krankenhäusern am 31. März 1998).

Es ist zum Allgemeinplatz geworden, sich über eine unangemessene wissenschaftliche Begleitforschung der italienischen Reform zu beklagen. Im Gegensatz dazu konnten DE GIROLAMO (3) und DE GIROLAMO & COZZA (2) und auch andere Autorinnen und Autoren (4) (5) (6) eine Übersicht über eine beachtliche Anzahl in nationalen und internationalen Zeitschriften veröffentlichter Studien geben (s. Tab. 1).

Gegenwärtig ist das psychiatrische System intensiv mit der Einführung eines kürzlich verabschiedeten neuen Nationalen Gesundheitsplans beschäftigt.

Schlussfolgerungen

Der seit 1982 wirksame Stopp aller Neuaufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser hat zweifellos die Institutionalisierung einer großen Anzahl von Menschen verhindert. Ob es vorzuziehen ist, makellose Studien über zahlenmäßig geringe Erfahrungen mit Enthospitalisierungen durchzuführen, um empirisch begründete Richtlinien für die Zukunft zu bestimmen oder es zu wagen, sich *hier und jetzt* um Tausende von Patientinnen und Patienten in der Gemeinde zu kümmern und ihre Institutionalisierung zu verhindern, ist vielmehr eine politische als eine wissenschaftliche Entscheidung. Zumindest zeigt die Geschichte, dass der erste genannte Ansatz häufiger vorkommt als Letzterer.

Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und gemeindepsychiatrische Dienste haben das psychiatrische Krankenhaus ohne eine Zunahme des Drehtürpsychiatrie-Phänomens ersetzt. Außerdem zeigt sich eine stetige Reduktion der Aufnahmezeiten.

Ein vollständiges Netzwerk von Diensten ist für die Bürgerinnen und Bürger in ihrer eigenen Gemeinde allgemein zugänglich ohne die großen landesweiten Unterschiede wie noch in den ersten Jahren der Reform.

Wohnrichtungen sind ebenfalls in einer Anzahl vorhanden, die über den empfohlenen Standards liegt.

Alles in allem hat Italien in der mehr als ein Vierteljahrhundert andauernden Praxis gezeigt, dass es möglich ist, psychiatrische Krankenhäuser abzuschaffen und ein landesweites System psychiatrischer Versorgung nach den Prinzipien der Gemeindepsychiatrie anzubieten.

Tab. 1: Eine Auflistung grundlegender Untersuchungen über den Prozess und den Outcome von Gesetz Nr. 180

Autor und Erscheinungsjahr	Untersuchungsdesign & Ziele	Ergebnisse
1. Nutzung der Dienste		
TANSELLA, RUGGERI 1996 (7)	Versorgungsformen über den Zeitraum von 15 Jahren	Kontakthäufigkeit und Anzahl gemeindepsychiatrischer Langzeitnutzerin und -nutzer stiegen weiter an
SYTEMA et al. 1996 (8), 1997 (9)	Vergleich von Diensten zwischen europäischen Ländern	Italienische gemeindepsychiatrische Dienste stützen sich weniger auf Hospitalisierungen als holländische oder britische
GATER et al. 1995 (10)		
VELTRO et al. 1993 (11)	Vergleich von Diensten zwischen italienischen Regionen	1-Jahres-Prävalenz von gemeindepsychiatrischen Langzeitnutzern schwankte zwischen 0,8 und 4,4 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner
2. Merkmale der Patientinnen und Patienten		
BOLLINI et al., 1986 (12), 1988 (13)	Patientinnenmerkmale aus 2 Gruppen psychiatrischer Krankenhäuser	Stationäre Patientinnen und Patienten waren älter, hatten geringeren Ausbildungsstand und waren behinderter als andere psychisch Kranke, die in der Gemeinde behandelt wurden
MARINO et al. 1996 (14)	1-Wochen-Befragung von über 3.845 Patientinnen und Patienten aus 47 Zentren für seelische Gesundheit	Die versorgten Patientinnen und Patienten waren sozial ausgeschlossen und schwer krank
MATTIONI et al. 1999 (15)	Nutzung von Diensten von 1.379 Patientinnen und Patienten aus den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Patientinnen und Patienten waren überwiegend psychotisch, mit wiederholten Aufnahmen
3. Outcome von Patientinnen und Patienten aus den psychiatrischen Krankenhäusern		
SARACENO et al. 1984 (16)	Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Krankenhaus	Psychiatrische Krankenhauspatientinnen und -patienten wiesen lange Hospitalisierungserfahrungen auf, mit einer kleinen, aber bedeutsamen Gruppe von Patientinnen und Patienten mit gewalttätigen Verhaltensweisen
BOLLINI, MOLLICA 1989 (17)	Ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner des psychiatrischen Krankenhauses, die in Einrichtungen für alte Menschen leben	Unterschiedlich hohe Verlegungsraten
VALENTI et al. 1997 (18)	Mortalitätsraten von 533 Langzeitpatientinnen und -patienten psychiatrischer Krankenhäuser in Zentral-Italien	Hohe standardisierte Mortalitätsrate (SMR), besonders unter jüngeren Patientinnen und Patienten (SMR=43.6 bei Männern und 97.5 bei Frauen)

Autor und Erscheinungsjahr	Untersuchungsdesign & Ziele	Ergebnisse
BARBATO 1998 (19)	Outcome ehemaliger Bewohnerinnen und Bewohner des psychiatrischen Krankenhauses, die in Einrichtungen für alte Menschen leben	Geringe Verlegungsraten
QUALYOP study (D'AVANZO et al., 1999) (29); FRATTURA, D'AVANZO 1997 (21), 1998 (22)	Vorgehensweise bei der Schließung von 22 psychiatrischen Krankenhäusern bzgl. 4.493 Patientinnen und Patienten zwischen 1994–1996	20 % der Kohorte jünger als, 25 % älter als 70 Jahre. 50 % schizophoren, 25 % geistig behindert; 49 % seit über 30 Jahren im Krankenhaus, über 2/3 keine bedeutsamen Verhaltensprobleme. Komplette Fähigkeiten zum selbstständigem Leben bei 41 %; annähernd bei weiteren 24 %. Entlassung innerhalb der nächsten 12 Monate nur für 11 % geplant
4. Outcome gemeindepsychiatrischer Patientinnen und Patienten		
KEMALI, MAJ 1988 (23)	Outcome von 116 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandelt in 6 verschiedenen italienischen Städten	Patientinnen und Patienten, die dort behandelt wurden, wo umfassende gemeindepsychiatrische Dienste verfügbar waren, zeigten eine größere Verbesserung zum Follow-up
MIGNOLLI et al. 1991 (24)	7-jahres Follow-up einer Kohorte psychiatrischer Krankenhauspatienten und einer Kohorte gemeindepsychiatrischer Patienten mit Schizophrenie	Zum Zeitpunkt des Follow-up war die Symptomatik und die soziale Funktionsfähigkeit der psychiatrischen Krankenhauspatienten entweder unverändert oder verschlechtert. ½ der gemeindepsychiatrischen Kohorte war bzgl. ihrer Symptomatik verbessert, 26 % im ihren sozialen Fertigkeiten. Kein/e Patient/in der gemeindepsychiatrischen Stichprobe wurde längerfristig hospitalisiert
LESAGE et al. 1991 (25)	Versorgungsbedarf gemeindepsychiatrischer Patientinnen und Patienten, erfasst mit einem standardisierten Fragebogen	Nur wenige Patientinnen und Patienten mit ungedecktem klinischen oder lebenspraktischen Bedarf
BARBATO et al. 1992 (26)	Outcome von 559 Patientinnen und Patienten, die aus 21 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern entlassen wurden	Hohe Wiederaufnahmeraten und Indices eines guten Funktionsniveaus, Variabilität der Versorgung und im Outcome
TERZIAN et al 1997 (27)	Eine prospektive 5-Jahres-Untersuchung von Patientinnen und Patienten mit funktionellen Psychosen aus 76 gemeindepsychiatrischen Zentren	Erste Ergebnisse verweisen auf einen substanziellen Anteil von Patientinnen und Patienten mit günstigem Outcome

Autor und Erscheinungsjahr	Untersuchungsdesign & Ziele	Ergebnisse
5. Zufriedenheit und Lebensqualität (LO)		
RUGGERI 1996 (28)	Erwartungen und Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Professionellen mit den gemeindepsychiatrischen Angeboten Süd-Veronas	Patientinnen und Patienten sowie Angehörige äußerten ähnliche Erwartungen und waren zumeist zufrieden
WARNER et al. 1998 (29)	Lebensqualität schizophrener Patientinnen und Patienten in Bologna (Italien) und Boulder (Colorado)	Italienische Patientinnen und Patienten geben höhere Lebensqualität an, was sich durch den höheren Anteil von in der Familie lebenden Patientinnen und Patienten erklären lassen könnte (74 % lebten bei ihrer Familie in Bologna vs. 17 % in Boulder)
6. Untersuchungen zur Belastung von Angehörigen		
GALLIO et al. 1991 (30)	Belastung von Angehörigen von 267 Patientinnen und Patienten aus Triest, die zufällig für ein Interview ausgewählt wurden	Berichteten von Schwierigkeiten, u.a. von negativen Veränderungen im Familienleben, Ermattung und verringertem Familieneinkommen
RONCONE et al. 1992 (31)	Belastung von 43 Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen in L'Aquila	Erhöhte familiäre Belastung hing deutlich mit antisozialem Verhalten zusammen
VELTRO et al. 1993	Soziale Behinderung der Patientinnen und Patienten sowie Belastung von den Angehörigen von 52 Langzeitpatientinnen und -patienten	Hohes Ausmaß an Belastung bei versorgenden Angehörigen, u.a. verarmte soziale Beziehungen, Depressivität und Verschlechterung der körperlichen Gesundheit

Literatur

1. MOSHER LR, BURT L. *Community mental health*. New York: Norton, 1994.
2. DE GIROLAMO G, COZZA M. *The Italian psychiatric reform. A 20-year perspective*. Int J Law Psychiatry 2000;23:197–214.
3. DE GIROLAMO G. *Italian psychiatry and reform law: A review of the international literature*. Int J Soc Psychiatry 1989;35: 21–37.
4. TANSELLA M, DE SALVIA D, WILLIAMS P. *The Italian psychiatric reform: Some quantitative data*. Social Psychiatry 1987;22: 37–48.
5. CREPET P. *A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform*. Brit J Psychiatry 1990;156: 27–36.
6. BURT L, BENSON PR. *Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978*. Int J Law Psychiatry 1996;19: 373–390.
7. TANSELLA M, RUGGERI M. *Monitoring and evaluating a community based mental health service: The epidemiological approach*. In: PECKAM

- M, SMITH R, eds. *Scientific analysis of health services*. London: British Medical Journal Publishing Group, 1996:160–169.
8. SYTEMA S, MICCIOLO R, TANSELLA M. Service utilisation by schizophrenic patients in Groningen and South-Verona: An event-history analysis. *Psychol Med* 1996; 26:109–119.
 9. SYTEMA S, MICCIOLO R, TANSELLA M. Community care for patients with schizophrenia and related disorders: A comparative South-Verona and Groningen case-register study. *Psychol Med* 1997;27:1355–1362.
 10. GATER R, AMADDEO F, TANSELLA M, JACKSON G, GOLDBERG D. A comparison of community-based care for schizophrenia in south Verona and south Manchester. *Br J Psychiatry* 1995;166:344–352.
 11. VELTRO F, MAGLIANO L, LOBRACE S, MOROSINI PL. SEVERELY and persistently mentally ill patients in Italy: An overview of epidemiological and psychosocial findings. *Int J Soc Psychiatry* 1993;39:285–302.
 12. BOLLINI P, MUSCETTOLA G, PIAZZA A, PUCA M, TOGNONI G. Mental health care in southern Italy: Application of fase-control methodology for the evaluation of 1978 psychiatric reform. *Psychol Med* 1986;16: 701–707.
 13. BOLLINI P, REICH M, MUSCETTOLA G. Revision of the Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies. *Soc Sci and Med* 1988;12:1327–1335.
 14. MARINO S, FRATTURA L, DE LUCA LF, DE FRANCESCO M, OLIVIERI M, SARACENO, B. The provision of psychiatric care in Southern Italy. Results from the «Psychiatry in Southern Italy's Services» (de PISIS) Survey. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:181–192.
 15. MATTIONI T, DI LALLO D, ROBERTI R, MICELI M, STEFANI M, MACI C, PEDUCCI CA. Determinants of psychiatric inpatient admissions to general hospital psychiatric wards: An epidemiological study in a region of central Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:425–431.
 16. SARACENO B, ROSSI P, BOLLINI P, TOGNONI G. Une strategie pour psychotiques graves en milieu institutionnel. *Revue Pratique de Psychologie de la vie Sociale et d'Hygiene Mentale* 1984;1:23–30.
 17. BOLLINI P, MOLLIKA RF. Surviving without the asylum. An overview of the studies on the Italian reform movement. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 607–15.
 18. VALENTI M, NECOZIONE S, BUSELLU G, BORRELLI G, LEPORE AR, MADONNA R, ALTOBELLI F, MATTEI A, TORCHIO P, CORRAO G, DI ORIO F. Mortality in psychiatric hospital patients: A cohort analysis of prognostic factors. *Int J Epidemiol* 1997;26:1227–1235.
 19. BARBATO A. Psychiatry in transition: Outcomes of mental health policy shift in Italy. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 673–679.
 20. D'AVANZO B, FRATTURA L, BARBUI C, CIVENTI G, SARACENO B. The QUALYOP project. 1: Monitoring the dismantlement of Italian public psychiatric hospitals. Characteristics of patients scheduled for discharge. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 79–92.

21. FRATTURA L, D'AVANZO B. Italian mental hospitals closer to closing? *Nat Med* 1997;3:1054.
22. FRATTURA L, D'AVANZO B. Monitoring the Italian psychiatric closure: The QUALYOP project. *Ment Health Care* 1998; 11: 334–336.
23. KEMALI D, MAJ M. Attuazione della legge di riforma e valutazione dei servizi psichiatrici in Italia. *Riv Sper Freniatr* 1988 (Suppl. 3).
24. MIGNOLLI G, FACCINCANI C, PLATT S. Psychopathology and social performance in a cohort of patients with schizophrenic psychoses: A 7-year follow-up study. In: TANSELLA M ed. *Community-based psychiatry: Long-term patterns of care in South Verona (Psychol Med Monogr Suppl)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991:17–26.
25. LESAGE AD, MIGNOLLI G, FACCINCANI C, TANSELLA M. Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. In: TANSELLA M ed. *Community-based psychiatry: Long-term patterns of care in South Verona (Psychol Med Monogr Suppl)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991: 27–33.
26. BARBATO A, TERZIAN E, SARACENO B, MONTERO BARQUERO F, TOGNONI G. Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. An Italian collaborative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27: 46–52.
27. TERZIAN E, STERNAI E, BARBATO A, TOGNONI G, SARACENO B. Epidemiology of psychiatric care of patients with severe mental disorders in Italy. Rationale and design of a prospective study, and characteristics of the cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 298–302.
28. RUGGERI M. Users' satisfaction with psychiatric services. In: THORNICROFT G, TANSELLA M, eds. *Mental Health Outcome Measures*, Berlin: Springer-Verlag, 1996, 27–52.
29. WARNER R, DE GIROLAMO G, BELELLI G, BOLOGNA C, FIORITTI A, ROSINI G. Quality of life and psychopathology in Boulder, Colorado, and Bologna, Italy. *Schizophr Bull* 1998; 24: 559–568.
30. GALLIO G, MOROSINI PL, VELTRO F. Malattia mentale e carico familiare: Analisi di un campione di famiglie di utenti dei servizi di salute mentale di Trieste. Paper presented at the 38th National Congress of the Italian Psychiatric Association, 1991.
31. RONCONE R, CORE L, STRATTA P, CASACCHIA M. Il carico assistenziale e gli atteggiamenti emotivi dei familiari in rapporto alla disabilità sociale dei pazienti schizofrenici. Proceedings of the 2nd National Congress of the Italian Association of Psychosocial Rehabilitation, l'Aquila, Nov. 8–10, 1990.
32. VELTRO F, MAGLIANO L, LOBRACE S, MOROSINI PL. Severely and persistently mentally ill patients in Italy: An overview of epidemiological and psychosocial findings. *Int J Soc Psychiatry* 1993; 39: 285–302.

Psychiatrische Gesundheitsversorgung in Großbritannien¹

Sonia Johnson, Martin Zinkler und Stefan Priebe

Einleitung

Die britische psychiatrische Gesundheitspolitik und Versorgung werden nicht durch einzelne Verordnungen oder umfassende Reformen bestimmt, sondern vielmehr durch kontinuierliche Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsdienste, die über ein halbes Jahrhundert stattfand. Immer neue Maßnahmen der Regierungspolitik wurden über diese Zeit eingeführt, die manchmal den Veränderungsprozess vorantrieben und manchmal nur die stattfindende Entwicklung reflektierten. Allerdings bestehen signifikante Variationen in der psychiatrischen Versorgung, die die Regierung durch Entwicklung und Implementierung des National Service Framework for Mental Health (1) und den NHS Plan (2) zu verringern versucht.

In diesem Artikel werden wir zuerst eine Momentaufnahme des gegenwärtigen Zustands psychiatrischer Gesundheitsdienste geben, indem wir die psychiatrische Versorgung einer Versorgungsregion in London beschreiben, in der die Erstautorin arbeitet. In diesem Zusammenhang wird dann der gegenwärtige Zustand der psychiatrischen Gesundheitsversorgung in England diskutiert. Wir werden einige Stärken des gegenwärtigen psychiatrischen Gesundheitssystems herausarbeiten und anschließend werden dessen Kernprobleme beschrieben und kontinuierlich diskutiert. Wir werden einige der Lösungsvorschläge zu diesen Problemen skizzieren, einschließlich derer, die im National Service Framework (1) und dem NHS Plan (2) Erwähnung finden. In diesem Artikel geht es nur um die psychiatrische Versorgung durch den Nationalen Gesundheitsdienst (NHS), das private Gesundheitssystem spielt im Bereich psychologischer Behandlungen, wie psychodynamischer Psychotherapie eine wichtige Rolle, während seine Bedeutung in der Behandlung psy-

chisch Schwerkranker geringfügig ist. Wir konzentrieren uns nur auf England, weil die Länder innerhalb des Vereinigten Königreichs (UK) über unterschiedliche Gesundheitspolitik und unterschiedliche Gestaltung und Entwicklung psychiatrischer Dienste verfügen. Der Umfang unserer Diskussion begrenzt sich auf die fachpsychiatrische Versorgung Erwachsener, wichtige andere psychiatrische Bereiche (»sub specialities«) und die psychiatrische Versorgung innerhalb des primären Gesundheitsdienstes werden ausgelassen. Unsere Angaben basieren überwiegend auf veröffentlichten Daten, aber wir beziehen uns auch auf unsere eigenen Erfahrungen in der Arbeit, Forschung und Debatte über die psychiatrische Versorgung in England. Die hier geäußerten Einsichten entsprechen unseren eigenen Meinungen und repräsentieren nicht Institutionen oder öffentliche Träger.

Kurzer Einblick in die psychiatrische Gesundheitsversorgung in England: Die Londoner Stadtgemeinde Islington

In diesem Abschnitt werden wir den psychiatrischen Gesundheitsdienst in Islington beschreiben. Islington ist ein sozioökonomisch heterogener Bezirk in der Innenstadt Londons, in dem die Extreme der britischen Gesellschaft stark vertreten sind, mit vornehmen Enklaven zwischen Gebieten beträchtlicher sozialer Deprivation. Die Bevölkerungszahl Isingtons beträgt 175 000, an der die ethnischen Minderheiten etwa 20 % ausmachen. Islington ist in fünf geografisch annähernd gleich aufgeteilte psychiatrische Versorgungsregionen/Sektoren unterteilt. Jeder Versorgungsregion ist eine allgemeinpsychiatrische Station zugeteilt. Um die Zusammenarbeit zwischen primärem und sekundärem Gesundheitsdienst zu fördern, werden gegenwärtig Pläne ausgearbeitet, die Sektorisierung nicht strikt nach geografischer Zuordnung, sondern vielmehr entsprechend Patientenlisten lokaler Hausärzte zu definieren; eine Versorgungsregion würde dann eine Gruppe lokaler Allgemeinärzte mit ihren Patienten umfassen.

Die psychiatrische Sektorversorgung: Betten für stationäre Patienten

Jeder Versorgungssektor hat ein Gemeindezentrum für psychische Gesundheit (Community Mental Health Centre: CMHT), zu dem

1 Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

bestimmte Anzahl von Betten auf einer psychiatrischen Akutstation gehören. Die Akutstationen für alle psychiatrischen Versorgungsregionen in Islington befinden sich in einer Baueinheit, die vor 30 Jahren nahe dem örtlichen Allgemeinkrankenhaus gebaut wurde. Die Verwaltung des lokalen psychiatrischen Gesundheitsdienstes ist größtenteils getrennt von dem Allgemeinkrankenhaus. Das ehemals dem Gebiet dienende große psychiatrische Krankenhaus schloss im Jahre 1993. Die Nachfrage für Akutaufnahmebetten übertrifft seitdem bei weitem das Angebot, demzufolge muss der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service: NHS) für einige lokale Patienten Akutbetten in Privatkliniken finanzieren und so gibt es beträchtlichen Druck, auf der einen Seite Aufnahmen von Patienten zu vermeiden und auf der anderen Seite Patienten früh zu entlassen. An einem Stichtag im März 2001 waren 72 Akutbetten durch die Einwohner Islington im Alter von 18 bis 65 Jahren belegt. Zwei kleine Stationen im örtlichen Krankenhaus dienen als Akutaufnahmestationen (intensive »care units«), die über intensivere Personalausstattung verfügen und Patienten mit besonders schwerer psychiatrischer Erkrankung behandeln. An dem besagten Erhebungstag waren 6 Patienten aus Islington auf dieser Station. Dies ergab insgesamt eine Akutaufnahmequote von 41 pro 100.000 Bevölkerung. Ca. 50 % dieser Patienten waren nach dem UK Psychiatriegesetz (UK Mental Health Act) im Krankenhaus untergebracht worden, und mehr als die Hälfte hatten die Diagnose irgendeiner Form von psychotischen Störungen (3). Im Zeitraum von einem Jahr zwischen 1998 und 1999 fanden in Islington und Nachbarbezirk Camden-Versorgungsgebiet des Camden and Islington Community Health Services NHS Trust mit einer Bevölkerungszahl von ca. 272.000–1.115 Unterbringungen nach dem UK Psychiatriegesetz (4) statt.

Die Einwohner von Islington haben auch Zugang zu zwei innovativen Krisenhäusern. Diese sind Einrichtungen, die nicht dem Krankenhaus angehören. Sie sind räumlich mit Fachpersonal ausgestattet und daher in der Lage, Patienten in Krisensituationen aufzunehmen. Eines der beiden Häuser ist nur für Frauen vorgesehen, es wird vom lokalen Mental Health Trust finanziert. Dieses ist ein großes Haus aus dem 19. Jahrhundert, das in einem Wohnviertel gelegen ist. Es hat sich zur Aufgabe gemacht, bis zu zwölf Patientinnen für ein Maximum von vier Wochen aufzunehmen, die anderen-

falls Krankenhausbehandlung benötigt hätten. Die meisten Frauen, die von dieser Einrichtung Gebrauch machen, scheinen von dieser Einrichtung zu profitieren.

Islington hat jetzt keine Langzeitstationen mehr, obwohl zwei kleine Stationen mit Rehasitationsbetten existieren, die von den Einwohnern Islington und der Nachbarstadtgemeinde Camden zwecks längerer Behandlung genutzt werden. Die meisten Patienten auf den Akutaufnahmestationen können innerhalb weniger Wochen entlassen werden, nur eine Hand voll bleibt für mehrere Monate auf den Stationen, hauptsächlich mangels adäquater Wohnmöglichkeiten. Die »neuen Langzeitpatienten« von den Akutstationen in geeignete Nachsorge zu führen, stellt sehr oft ein ernsthaftes Problem für die Kliniker und Manager dar. Ein neues multidisziplinäres Wohnversorgungs-Team (»multidisciplinary accommodation team«) bestehend aus Krankenpflegepersonal, Sozialarbeitern und einem Psychologen wurde neulich gegründet, um gründliche Untersuchung durchzuführen und adäquaten Wohnraum zu finden.

Gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams, CMHT)

Jedem der fünf Versorgungsgebiete in Islington ist ein CMHT zugeordnet, das für Gemeinde- und Ambulanzbetreuung psychisch Kranker innerhalb geografisch definierter Grenzen zuständig ist. Das Team mit dem die erste Autorin arbeitet, ist beispielsweise für ein Gebiet mit einer Bevölkerungszahl von 38.000 zuständig. Das Team arbeitet von dem Gemeindegesundheitszentrum aus, das sich in etwa der Mitte des Versorgungsgebiets in einem leicht vernachlässigten lokalen öffentlichen Gebäude befindet. Es verfügt über einen Büroraum, einen Sitzungsraum und wenige kleine Interviewräume. Es wird auch vom Sozialen Dienst für ältere Menschen und Geistesbehinderte genutzt. Die psychiatrischen Fachkrankenschwestern/-pfleger aus der Gemeinde, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und ein Psychiater zogen aus ihren separaten Wirkungsstätten im Jahre 1998 gemeinsam in dieses Quartier ein und begannen enger und integrierter zusammenzuarbeiten. Das Team wird von einer psychiatrischen Fachkrankenschwester geleitet. Das 16-köpfige Team umfasst eine Ergotherapeutin, einen halbtags beschäftigten klinischen Psychologen, einen Facharzt für Psychiatrie und zwei Teilzeitarbeitsassistenten. Etwa die Hälfte der übrigen Teammitglieder sind psychiatrische

Fachkrankenpflegerinnen/-pfleger sowie die andere Hälfte Sozialarbeiter/-arbeiterinnen. Die meisten Teammitglieder haben mindestens zweijährige berufliche Erfahrung, viele von ihnen haben sogar mehr als 10 Jahre in ihrem Beruf gearbeitet.

Die Sprechstunden sind Montag bis Freitag von 9.00 bis 17.00 Uhr. Einer der professionellen Mitarbeiter übernimmt jeden Morgen die Verantwortung für die Einweisungen und entscheidet über den Aktionsplan. Neue Einweisungen, klinische Problemfälle und Liaison-Aktivitäten mit anderen Einrichtungen werden wöchentlich in einer dreistündigen Sitzung, an der alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilnehmen, diskutiert.

Alle Mitarbeiterinnen und -arbeiter (außer dem Psychiater) betreuen eine bestimmte Anzahl von chronisch psychisch Kranken («caseload») als Bezugsperson («care coordinator»). Das integrierte Versorgungskonzept (Care Programme Approach: CPA) vereinigt in sich eine Anzahl von Prinzipien zur Gestaltung von psychischer Gesundheitsversorgung, zu dem sich seit 1993 alle psychiatrischen Gesundheitsdienste gesetzlich verpflichtet haben. Die wichtigen Prinzipien sind wie folgt:

- Jedem als chronisch psychisch krank identifizierten Menschen muss eine Bezugsperson («care coordinator») zugeteilt werden («allocation»), die über ausreichende Kenntnisse und Erfahrung in der Psychiatrie verfügt. Die Bezugsperson soll regelmäßigen Kontakt zum Patienten aufrechterhalten, für dessen angemessene Unterstützung/Hilfe sorgen, bei wichtigen Veränderungen oder Krisen die Koordination übernehmen, CPA-Besprechungen organisieren und die Kommunikation zwischen den Einrichtungen («agencies»), die mit der Betreuung der Patienten betraut sind, arrangieren, um sicher zu gehen, dass der Behandlungsplan realisiert wird.
- Dem Patienten wird auch ein Facharzt für Psychiatrie zugeteilt, der für den klinischen Bereich des Behandlungsplans zuständig ist. Meistens handelt es sich um den Psychiater, der auch dem Team angehört.
- Regelmäßige »Review«-Treffen dienen der Aktualisierung klinischer und sozialer Hilfsbedarfserhebungen, um den Behandlungsplan entsprechend gestalten zu können.

Die durchschnittliche Patientenzahl eines vollzeitbeschäftigten Mit-

arbeiters in dem gemeindepsychiatrischen Team in Islington beträgt 25, die Gesamtpatientenzahl, die das Team versorgt («team's caseload»), beträgt ca. 230. Einige Mitarbeiter sind auf Grund ihrer Mitwirkung an den Verwaltungsaufgaben oder anderer Zuständigkeiten für die Betreuung einer niedrigeren Patientenzahl zuständig. Die größte Mehrheit der Patienten erhält Hausbesuche von ihrer Bezugsperson, einige Patienten allerdings kommen ins Gemeindezentrum. Die Mitarbeiter halten in der Regel auch regulären Kontakt zu Angehörigen oder anderen informellen Betreuern («informal carers»). Die übliche Besuchsfrequenz ist einmal in zwei oder drei Wochen, wobei Patienten mit intensiverer Bedarfsplanung beispielsweise unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder Patienten mit sich verschlechterndem psychischen Zustand wöchentliche Besuche erhalten können. Noch höhere Kontaktfrequenz kann kurzfristig angeboten werden, wenn sich Patienten in Krisensituationen befinden, dies gehört aber nicht zum festen Bestandteil des Behandlungsplans. Ca. 60 % der vom Team betreuten Patientinnen und Patienten leiden an Schizophrenie, schizo-affektiven oder bipolaren affektiven Störungen, und die meisten von ihnen haben eine Vorgeschichte stationärer Behandlungsepisoden.

Die Hilfebedarfserhebung findet in der Regel im Rahmen des »Review«-Treffens (CPA »review meeting«) alle sechs Monate statt. Ein solches Treffen wird auch gegen Ende des stationären Aufenthaltes durchgeführt, wenn der Patient ins Krankenhaus aufgenommen worden war. Der Behandlungsplan beinhaltet separate Listen für Kontaktadressen aller Personen, die an der Patientenbetreuung teilhaben, für Diagnose und Medikation, für die identifizierten klinischen und sozialen Bedürfnisse und die zugehörigen Hilfepläne sowie für Rückfallfrühwarnsignale und Kriseninterventionspläne. »Review«-Treffen dauern rund eine halbe Stunde und werden von dem Patienten, der Bezugsperson und dem Psychiater wahrgenommen. Angehörige oder andere Betreuer («informal carer») und Professionelle, die in die Behandlung des Patienten einbezogen sind, beispielsweise Tagesklinikmitarbeiter oder Mitarbeiter des betreuten Wohnens, werden oft dazu eingeladen. Diese »Review«-Treffen sind eine gute Gelegenheit für die Patienten, einen regelmäßigen Kontakt zum Teamspsychiater aufrechtzuerhalten. Bezugspersonen können bedarfsweise auch unabhängig von den »Review«-Treffen Termine mit dem Psychiater vereinbaren.

Auch die ambulante Behandlung findet im Gemeindezentrum (»CMHT office«) statt. In der Ambulanz werden rund 150 stabilere Patienten, die keine Bezugsperson haben, regelmäßig untersucht und behandelt. In der Ambulanz werden außerdem im Schnitt drei neue Patienten pro Woche einmal psychiatrisch untersucht und mit Diagnose und Therapie-Vorschlag wieder zu ihrem Hausarzt zurücküberwiesen.

»Assertive outreach« und Kriseninterventionsteams

Es wurden drei gemeindenahe Teams zusätzlich zu den bestehenden fünf CMHT's in den vergangenen zwei Jahren gegründet. Das eine ist das »assertive outreach«-Team, das 65 Patienten behandelt. Es verfügt über zehn Mitarbeiter: Ein halbtags beschäftigter Facharzt für Psychiatrie, ein halbtags beschäftigter klinischer Psychologe, eine Ergotherapeutin, Gemeindefachkrankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter und ein Gemeindefahrer. Die Zielgruppe des Teams sind Patienten mit hoher Stationsaufnahmequote (»Drehtürpatienten«), mit der Tendenz zur Selbst- und Fremdgefährdung und nicht behandlungsbereite Patienten. Das Team arbeitet zehn Stunden pro Tag über die ganze Woche, es arbeitet hauptsächlich in Patientenwohnungen oder in anderen Gemeinde-Settings, wo die Mitarbeiter die Patienten antreffen können. Die »assertive outreach«-Mitarbeiter können in der Regel aufwändigere Angebote für ihre Patienten leisten als das CMHT. Sie machen mehrere und unterschiedliche Versuche, den Patienten zur Behandlung zu motivieren und den Kontakt zu ihm aufrechtzuerhalten. Sie zielen auf enge Beziehung zu den Klienten. Sie versuchen in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen, Probleme im sozialen und finanziellen Bereich zu lösen; Haushalt, Wohnsituation, Freizeitgestaltung, Drogengebrauch, Beschäftigung und Gesundheit sind nur einige der zu berücksichtigenden Bereiche der »outreach«-Arbeit. Wenn nötig, können Patienten täglich besucht werden, um beispielsweise die Einnahme von verschriebenen Medikamenten zu sichern. Entlassung wird nur erwogen, wenn Betreute signifikante Stabilität in ihrem alltäglichen Leben erreicht haben.

Auch wurden zwei Kriseninterventionsteams in den letzten zwei Jahren gegründet, wobei das eine sich um die drei Versorgungsgebiete in Nord Islington kümmert und das andere um die übrigen

zwei Versorgungsregionen in Süd Islington. Jedes Team besteht aus einem Assistenzarzt der Psychiatrie, Fachkrankenschwestern und -pfleger aus der Gemeinde, Sozialarbeitern und Gemeindegesundheitsarbeitern. Der für den jeweiligen Sektor zuständige Facharzt für Psychiatrie behält die klinische Verantwortung für die Patienten während der Krisenintervention. Das eine Team wird geleitet von einer Krankenschwester, das andere von einem Sozialarbeiter. Diese Versorgungsform zielt auf Patienten mit akuter psychiatrischer Erkrankung, die ansonsten stationäre Aufnahme benötigten. Andere psychosoziale Dienste, primäre Gesundheitsdienste und die Polizei sind u.a. die Überweisungsquellen, auch Patienten selbst stellen sich dem Team vor. Die Kriseninterventionsteams arbeiten rund um die Uhr, sie führen psychiatrische Untersuchungen durch, sie behandeln und unterstützen Menschen in psychiatrischen Notfallsituationen in ihren eigenen Wohnungen oder wo auch immer eine erfolgreiche therapeutische Zusammenarbeit mit dem Patienten für möglich gehalten wird. Das Team versucht, innerhalb einer Stunde auf psychiatrische Notfälle zu reagieren, jeder Patient, für den eine stationäre Aufnahme erwogen wird, wird von dem Team untersucht, um die Durchführbarkeit einer intensiven Behandlung zu Hause zu überprüfen. Wenn die Krankenhausaufnahme dennoch nicht vermieden werden kann, versucht das Team gemeinsam mit der Station auf eine möglichst frühe Entlassung des Patienten einzuwirken, indem es eine intensive Unterstützung zu Hause anbietet. Wenn nötig, können Mitarbeiter des Teams den Patienten mehrmals am Tag zu Hause besuchen, bei länger anhaltender Krisensituation werden soziale Beratung, klinische und Medikamentenbeaufsichtigung angeboten.

Die »assertive outreach«-Teams und die Kriseninterventionsteams bilden zusammen ein integratives Versorgungsmodell, nach dem Patienten zu Mitarbeitern beider Teams Kontakt aufnehmen können, um die variablen Kompetenzen nutzend einen effektiven Behandlungsplan realisieren zu können. Während der Entstehung dieses Artikels befanden sich diese Teams in der Anfangsphase. Randomisierte Evaluation zeigt eine schubweise Zunahme der Nutzerzahl; dies bedeutet, dass sie ihre volle Leistungskapazität noch nicht erreicht haben und daher deren Auswirkung auf die Bettenbelegung noch nicht abschließend beurteilt werden kann.

Wohneinrichtungen für psychisch Kranke

In der Stadtgemeinde Islington werden eine Reihe von spezialisierten Wohneinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Gesundheitsproblemen angeboten, von denen viele von dem freiwilligen (karitativen) Sektor verwaltet werden. Die Angebote reichen von Wohnheimen mit rund um die Uhr Betreuung bis hin zu betreutem Wohnen, wo ein Mitarbeiter die Mieter einmal in der Woche besucht/überwacht und ihnen praktische Hilfe anbietet. Jedoch sind viele der Wohneinrichtungen voll. Das Vorhaben, den geeigneten Wohnraum für Patienten zu finden, ist oft von beträchtlichen Verzögerungen und Schwierigkeiten begleitet. Besonders schwierig ist es für psychisch Kranke mit Drogenproblemen. Bei der Planung neuer Wohneinrichtungen wird der Schwerpunkt auf die Erweiterung von betreuten Mietwohnungen gelegt, in denen Patienten in der Nähe vom Gemeindezentrum (CMHT »office«) unabhängig leben können. Tägliche Besuche vom Team können bei einigen der Patienten vorgenommen werden; diese können jedoch nach ausreichender Stabilisierung ihrer psychischen Verfassung vom Team entlassen werden, aber dennoch ihre Wohnung behalten. Diese Form von Wohnung wird gegenwärtig von jungen Patienten, die keine Langzeitinstitutionalisierung erfahren haben, bevorzugt. Diese Patienten lehnen es in der Regel ab, in die traditionellen Wohnheime zu ziehen, wo sie sich in ihrer persönlichen Unabhängigkeit und Intimsphäre bis zu einem inakzeptablen Grad beschnitten fühlen. Dieses Wohnprogramm verleiht den Patienten ein langfristiges Zuhause, das sie auch nach der Abnahme ihrer Versorgungsbedürfnisse behalten können.

Andere psychiatrische Gesundheitsdienste

Islington verfügt über sieben psychiatrische Tageszentren, in denen soziale Kontakte, professionelle Hilfe, kreative Beschäftigung und Freizeitgestaltung sowie supportive Gruppen unterschiedlichster Arten in einem informellen Setting angeboten werden. Einige haben auch ein bescheidenes Angebot an Arbeitstraining oder Praktikumsangebote, obwohl die Verfügbarkeit von Trainingsplätzen, beschützten Praktikums- und Arbeitsplätzen sehr eingeschränkt ist. Die Mehrheit der Nutzer dieser Zentren sind Psychiatrie erfahrene.

Eines der Tageszentren kümmert sich speziell um schwarze Patienten aus den Karibischen Inseln und Afrika, ein anderes bietet Programme für psychotherapeutisch orientierte Gruppen an. Patienten können die Tageszentren langfristig nutzen. Die Tagesklinik ist in der Nähe der Akutaufnahmestationen untergebracht: Sie verfügt zwar nicht über Akutbehandlungsangebote, bietet aber längerfristige Betreuung einschließlich Psycho- und Ergotherapie an.

Gegenwärtige Psychiatrische Gesundheitsversorgung in England

Es gibt einige wesentliche Aspekte des Islingtoner Modells, die als repräsentativ für die psychiatrische Versorgung in England und Wales angesehen werden können. Bettenzahlen sind seit dem Höchststand im Jahre 1954, in dem 152.000 belegte psychiatrische Betten registriert waren, stets zurückgegangen. Die Schließung großer psychiatrischer Krankenhäuser gehörte seit Anfang der 60-er Jahre zur Regierungsgesundheitspolitik. Obwohl die Verwirklichung dieser Politik eher langsamer vonstatten ging als zunächst geplant (3), sind inzwischen die meisten großen psychiatrischen Kliniken geschlossen worden oder behalten nur noch einen Bruchteil ihrer ehemaligen Patientenzahl bei. Während über mehrere Aspekte der Psychiatrie hitzige Debatten geführt werden, besteht zwischen psychiatrischem Fachpersonal und Managern eine große Übereinstimmung darüber, dass die meisten psychiatrischen Langzeitbetten außerhalb forensischer Einrichtungen durch gemeindenahe Optionen ersetzt werden können. Dies wird durch eine große prospektive »Outcome«-Studie (TAPS Studie) über 670 aus einem Londoner PKH entlassene Langzeitpatienten unterstützt (6). Obwohl eine kleine Minderheit enorme Schwierigkeiten hatte, sich erfolgreich in die Gemeinde wieder einzugliedern, erwiesen sich die Reintegrationsbemühungen der meisten Patienten trotz geringfügiger Probleme im Bereich der Kriminalität oder Landstreicherei als erfolgreich. Positive Veränderungen waren im Hinblick auf die Lebensqualität und Bildung eines sozialen Netzwerks nach der Entlassung beobachtet worden, und die Patienten wollten im allgemeinen in ihrem neuen Zuhause in der Gemeinde bleiben.

Die meisten Psychiatriebetten sind jetzt akutpsychiatrische oder forensische Betten. Die Bettenbelegungsrate in Islington ist typisch für Orte mit hoher sozialer Armut, wo Akutbettennutzung, gesetz-

liche Unterbringungsraten und die Proportion der Patienten mit psychotischen Störungen weit über dem nationalen Durchschnitt liegen (3). Nationale Statistiken aus den Jahren 1999/2000 zeigen, dass von den 186.290 NHS-Krankenhausbetten 34.173 den psychisch Kranken und 6.834 den Geistesbehinderten zugeteilt waren (7). Abgesehen von den Stationsbetten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie, gab es 14.118 allgemeinpsychiatrische Akutbetten, 1.882 forensische und 4.305 Langzeitbetten. 90,5 % der Akutbetten, 92,9 % der forensischen und 86,6 % der Langzeitbetten waren belegt. Drei Jahre vor dieser Erhebung, d.h. 1996/1997 standen 37.640 Betten den psychisch Kranken zur Verfügung, einschließlich 14.504 Akutbetten für Erwachsene unter 65 Jahre, 5.424 Langzeitbetten und 1.575 forensisch psychiatrische Betten. Dies bedeutet, dass sich eine geringe Bettenreduktion im Langzeitbereich ergeben hat, dass aber die akutpsychiatrischen und forensischen Betten konstant blieben.

Die Bettenbelegungsstatistik in den Jahren 1999/2000 ergab, dass in England 155.121 psychisch kranke Erwachsene unter 65 Jahre Krankenhausaufnahme fanden (8). Die Durchschnittsbettenbelegzeit betrug 52 Tage, wobei der Median nur 17 Tage betrug. Die häufigsten Diagnosen mit insgesamt 36 806 Aufnahmen waren Schizophrenie, schizotype und Wahnstörungen (Durchschnittsaufenthalt 31 Tage, 59 % der Patienten waren männlich). Affektive Störungen machten 54.515 Aufnahmen aus (63 % weiblich, Durchschnittsaufenthaltszeit 31 Tage) und neurotische, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen 30.418 Aufnahmen (57 % weiblich, Durchschnittsaufenthalt acht Tage).

In Bezug auf die psychiatrischen Dienste in der Gemeinde ist die Versorgungsstruktur in Islington repräsentativ für Orte, an denen Versorgungsmodelle und politische Direktiven (aus Ministerium beziehungsweise NHS-Leitung) relativ schnell implementiert wurden. Die Sektorisierung, Betreuung durch multidisziplinäre psychiatrische Gemeindeteams und Anwendung von CPA sind nahezu universelle Bestandteile der psychiatrischen Gemeindeversorgung in England. Sektorisierung entstand in den meisten Gebieten im Jahre 1980, obwohl sie damals noch nicht in die Regierungspolitik offiziell aufgenommen worden war (9). Ähnlich hatten sich multidisziplinäre psychiatrische Gemeindeteams, die den größeren Teil ihrer Arbeit im Rahmen von Hausbesuchen verrichteten, bereits

durchgesetzt, als sie dann endlich im Jahr 1995 Bestandteil der Regierungspolitik wurden (10). Es hatte in mehreren Orten jedoch einige Jahre gedauert, bis sich diese Teams in ihren jeweiligen Versorgungsregionen niederlassen konnten, sodass sie in einigen Orten lange Zeit vom lokalen Krankenhaus aus ihre Arbeit leisten mussten. Beispielsweise zeigte eine Untersuchung im Jahr 1996, dass nur 9 von 27 Gemeinden (örtliche Gebietskörperschaften) über Gemeindezentren für psychische Gesundheit (CMHT's) in jedem geografisch definierten Sektor (»small geographical area«) verfügten, während drei Bezirke keine derartigen Zentren hatten (11). Der Grad der Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Diensten des NHS und Sozialdiensten unterscheidet sich auch von Ort zu Ort. Die Regierungspolitik verlangt nun Pläne zur engeren Integration von Sozialdiensten und NHS psychiatrischen Diensten, so wie oben am Beispiel Islington beschrieben wurde. Jedoch gibt es beträchtliche Variation in dem Verwirklichungsgrad dieser Pläne. Das Bezugspersonensystem (»care-coordinator system«) und die regelmäßige Überprüfung gesundheitlicher und sozialer Bedürfnisse (»reviews of needs«) scheinen nun im Rahmen des CPA überall in England realisiert zu werden.

Es gibt keine Untersuchungen über die Arbeit der Kriseninterventionsteams und »assertive outreach teams«, obwohl sich viele solcher Teams in den letzten fünf Jahren zunehmend etabliert haben. Wie unten diskutiert wird, wird die Regierung diese Versorgungsmodelle weit verbreiten.

Tageszentren und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke, deren Entwicklung sehr langsam stattfand, sind jetzt generell erhältlich, obwohl sie sich in Form und Qualität von Ort zu Ort beträchtlich unterscheiden. Diese Art von psychiatrischer Versorgung wurde nicht auf der sektorialen Ebene geplant. Akuttagesklinken sind in einigen Orten als Komponente der psychiatrischen Notfallversorgung verfügbar, aber fehlen in anderen Orten wiederum ganz. Es gibt gegenwärtig ein großes Interesse an dem »Modell der häuslichen Krisenhaus-Betreuung« (»crisis house model of care«), dargestellt am Beispiel des Frauenhauses in Islington. Dieses Modell ist allerdings noch nicht weit verbreitet.

Wie erfolgreich ist die Implementierung der gemeindepsychiatrischen Versorgung?

Trotz relativ niedriger Gesundheitskosten können in England wesentliche Stärken der psychiatrischen Versorgung erkannt werden (12). Es hat ein beträchtlicher Fortschritt im Hinblick auf Deinstitutionalisierung und Entwicklung gemeindepsychiatrischer multidisziplinärer Versorgung stattgefunden, obwohl der Prozess der Veränderung und die Formen der Versorgung von Ort zu Ort variieren. Deswegen überraschte es, dass im Jahr 1998 die folgende Aussage im *British Medical Journal* auftauchte (13).

»Der Gesundheitsminister Frank Dobsen hat diese Woche den Abschied von der gemeindeorientierten Versorgung psychisch Kranker, die in England seit mehr als zwanzig Jahren Bestandteil der Gesundheitspolitik ist, signalisiert. Herr Dobson bemerkte, dass die gemeindepsychiatrische Versorgung gescheitert wäre. Es würden zu viele vulnerable Patienten ohne adäquate Unterstützung in der Gemeinde alleine gelassen, die deshalb sich selbst und die Öffentlichkeit in Gefahr bringen können.«

Dieser Bericht fand eine große Verbreitung, obwohl folgende offizielle Aussagen zeigten, dass abgesehen von einer Erweiterung der Forensik, keine umfangreiche Reinstitutionalisierung erwogen wurde. Jedoch wurde die gegenwärtige Organisation der gemeindepsychiatrischen Versorgung in vielerlei Hinsicht als inadäquat bezeichnet. Spätere Regierungspolitik schlug in Form von National Service Framework und NHS Plan wesentliche Veränderungen vor. Inwiefern die Kommentare über das Scheitern gemeindenaher psychiatrischer Versorgung dem wahren Zustand der Psychiatrie in England entsprachen oder aber eine unverhältnismäßige Reaktion der sensationsträchtigen und stigmatisierenden Medien auf psychiatrische Themen waren, muss weiter diskutiert werden. Wie auch immer die Leistungen der Gemeindepsychiatrie im Hinblick auf die Psychiatrie-Reform in England waren, gibt es noch einige wichtige Dilemmata, die es zu beachten gilt. Einige von diesen werden diskutiert.

Wie kann Stigmatisierung psychisch Kranker reduziert werden?

Die Regierungsaussagen über das Scheitern der Gemeindepsychiatrie wurde von einigen Kommentatoren als eine Reaktion auf die sehr negative Medienerstattung über die gemeindenahere Betreuung in den 90-er Jahren verstanden. Mehrere Gewalttaten durch psychisch kranke Individuen wurden in den Medien intensiv dargestellt, sodass die Betreuung von Menschen mit schwerer psychiatrischer Erkrankung gefährlich erschien. Dieses Thema blieb in der Berichterstattung über die psychiatrische Gesundheitspolitik im Vordergrund, obwohl es einen schlüssigen Beleg dafür gibt, dass die Mordrate durch psychisch kranke Individuen im Rahmen der Deinstitutionalisierung in UK nicht zugenommen hat (14). Das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit spiegelt die überzogenen Sorgen wieder. Eine große Untersuchung ergab eine besonders negative Haltung der Bevölkerung gegenüber der Schizophrenie, wobei viele glaubten, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen im Allgemeinen gewalttätig und unberechenbar sowie unzugänglich seien. Diese Einstellungen waren bei Menschen unter 65 Jahre ausgeprägter als bei Menschen über 65 Jahre, auch waren sie bei Menschen, deren Wissen über Schizophrenie ansonsten ganz gut zu sein schien, weit verbreitet. Das Royal College of Psychiatrists (Fachvertretung der Psychiatrie in UK) hat eine 5 Jahres-Kampagne mit dem Ziel gestartet, das negative Bild der Psychiatrie in der Medien-Berichterstattung herauszufordern, die Bevölkerung über psychiatrische Krankheiten aufzuklären, das Stigma zu reduzieren und die Diskriminierung psychisch Kranker zu bekämpfen (16). Gegenwärtig ist Stigmatisierung ein zentraler Faktor sozialer Ausgrenzung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in England (17).

Wie können psychiatrische Gesundheitsdienste auf psychiatrische Notfälle effektiv reagieren?

Die gemeindepsychiatrischen Teams gewähren psychiatrischen Notfalldienst üblicherweise nur innerhalb der üblichen Bürozeiten, wodurch allerdings andere Tätigkeiten der Mitarbeiter beeinträchtigt werden. Nach 17.00 Uhr und an Wochenenden wurde die Verantwortung von lokalen Notfalldiensten oder Notfallambulanzen der Allgemeinkrankenhäuser übernommen, obwohl ein Dienst habender Psychiater und Sozialarbeiter für Unterbringungsfälle zur Verfügung

standen. Nutzer- und Angehörigengruppen haben oft bemängelt, dass der psychiatrische Notfalldienst für sie nicht ausreichend zugänglich sei, besonders außerhalb üblicher Öffnungszeiten.

Nutzer und Betreuer haben oft auch ihren Wunsch zum Ausdruck gebracht, dass die Behandlung möglichst zu Hause stattfindet. Smyth und Hoult (19) haben diskutiert, dass der Mangel an Ressourcen für intensive häusliche Betreuung, wie Kriseninterventionsarbeit, eine überraschende Lücke in der Versorgungsplanung in UK darstellte, besonders im Innenstadtbereich, wo gegenwärtig die Nachfrage für Akutbetten das Angebot oft übertrifft. Die Regierungspolitik legt jetzt fest, dass Kriseninterventionsteams überall im Land eingeführt werden sollen, um eine bessere Zugänglichkeit für Akutbehandlung und häusliche Betreuung zu ermöglichen; 335 solche Teams sollen bis 2003 ihre Arbeit starten.

Das Modell des Kriseninterventionsteams ist jedoch noch nicht überall als das am meisten geeignete psychiatrische Akutversorgungsinstrumentarium akzeptiert worden. Es wurde bezüglich der therapeutischen Kontinuität als störend kritisiert, weil Patienten gerade in ihrer schwierigsten Situation zu einem anderen Team überwiesen würden (20). Es wurde auch kritisiert, dass alte Daten genutzt wurden, um die Effektivität dieses Modells zu rechtfertigen, wo doch die heutigen gemeindenahen Teams im Vergleich zu den ehemaligen vergleichbaren Diensten gemeindebezogener arbeiteten (21). Burns bezeichnet dieses Modell als künstlich, da sich eine Verschlechterung des psychischen Zustands der Patienten im Allgemeinen über Wochen oder Monate und nicht abrupt entwickeln würde; dies bedeutet, dass das Ziel einer guten Gemeindepсихиатрии Krisenprävention und nicht Krisenintervention sein sollte. Die Alternative zum Kriseninterventionsteam könnte ein erweitertes Gemeindezentrum für psychische Gesundheit (CMHT) sein, in dem eine bessere Personalausstattung Krisenarbeit außerhalb üblicher Dienstzeiten und intensivere häusliche Betreuung ermöglichen würde.

Wie können nicht behandlungsbereite Patienten betreut werden?

Während die üblichen gemeindepсихиатрии Teams durchaus in der Lage sind, mit den meisten Patienten eine gute therapeutische Allianz aufzubauen, gibt es eine kleine Minderheit an Patienten, die sich nicht behandeln lassen will. Bei dieser Patientengruppe han-

delt es sich meistens um junge Menschen, die generell ein chaotisches Leben führen und sozial isoliert sind, außerdem eine forensische Vorgeschichte haben, möglicherweise Alkohol/Drogen missbrauchen. Diese Patienten haben oft das Gefühl, dass konventionelle Dienste und soziale Institutionen für sie nichts anzubieten haben (22). Sie benötigen in der Regel häufige Krankenhausaufnahmen, die oft obligatorisch erfolgen. »Assertive outreach teams«, wie sie vor Kurzem in Islington errichtet wurden, werden jetzt als der am geeignetste Weg angesehen, den Bedürfnissen dieser Patienten gerecht zu werden und einen in der Regel langen Krankenhausaufenthalt oder eine Verstrickung in Gewalttaten zu verhindern. Viele Orte haben solche Teams etabliert, und der NHS Plan (2) gibt vor, dass diese bis 2003 überall in UK eingeführt werden sollen. In Bezug auf Kriseninterventionsteams allerdings gibt es kontinuierliche Diskussionen darüber, ob dieses Modell für UK geeignet sei (23). Diese Debatte konzentriert sich vor allem auf die Ergebnisse der Evaluationsforschung in UK, nach der es keinen Beweis dafür gibt, dass Teams mit einer niedrigeren Patientenzahl bezüglich des »Outcomes« erfolgreicher arbeiteten. Diese Einsicht war mit dem Argument unterstrichen worden, dass sich die meisten intensiven gemeindepсихиатрии Dienste nicht streng an das Modell des »Assertive Community Treatment« halten, obwohl dieses laut Studien in anderen Ländern die geeignetere Versorgungsform für schwer zu behandelnde Patienten ist (24).

Viele nicht behandlungsbereite psychisch Kranke leiden gleichzeitig unter Substanzmissbrauch, daher hat in England die »Doppeldiagnose« von Substanzmissbrauch und schweren psychischen Erkrankungen eine besondere Aufmerksamkeit gefunden (25). Zusätzliche Ausbildung im Bereich der Suchttherapie wird in vielen Versorgungsgebieten als effektive Strategie angeboten, jedoch bedarf es weiterer Studien, um die beste Behandlungsform von Dualdiagnosen für die psychiatrischen NHS-Dienste zu entwickeln.

Erfordert eine effektive gemeindepсихиатрии Versorgung unfreiwillige Patientenbehandlung in der Gemeinde?

Die zunehmende Orientierung auf wohnortnahe Betreuung hat unter den psychiatrischen Fachleuten eine hitzige Debatte darüber ausgelöst, ob die medikamentöse Behandlung ohne stationäre Auf-

nahme in der Gemeinde auf nicht freiwilliger Grundlage durchgeführt werden kann. Die Ängste vor Gewalt psychisch Kranker in der Öffentlichkeit und Medien haben die Atmosphäre für Richtlinien zur Zwangsbehandlung in der Gemeinde geschaffen. Pläne für die anstehende Revision des Psychiatriegesetzes weisen darauf hin, dass die neue Gesetzgebung Zwangsmedikation in der Gemeinde gestattet wird. Ein weiterer Vorschlag für die neue Gesetzgebung ist die Unterbringung von Individuen mit schwerer Persönlichkeitsstörung nach Risikokriterien, auch wenn sie das früher geforderte Kriterium der Behandelbarkeit nicht erfüllen. Dies hat eine erregte Debatte ausgelöst. Die weit verbreitete Meinung von Nutzern und psychiatrischem Fachpersonal ist dabei, dass dieses Gesetz ethisch umstritten und außerdem auch schwer in die Praxis umzusetzen sei (27).

Wie können hochqualifizierte Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten rekrutiert und behalten werden?

Ein häufiges Problem bei den Bemühungen um eine hoch qualitative psychiatrische Versorgung und bei der Entwicklung innovativer Dienste ist der Mangel an qualifizierten psychiatrischen Professionellen (28). Die meisten psychiatrischen Dienste versuchen kontinuierlich Fachpersonal anzuwerben, auch das Anbinden von Mitarbeitern erweist sich in vielen Versorgungsgebieten als eine zentrale Schwierigkeit. Die Schwierigkeit wird wahrscheinlich zunehmen, da zurzeit mehrere hunderte neue Kriseninterventionsteams und »assertive outreach teams« geplant und errichtet werden (2). Hohe Personalfuktuation verhindert oft sowohl die Teambildung als auch -tätigkeit, weil Mitarbeiter einschließlich Teamleiter oft nach kurzer Zeit kündigen. Untersuchungen zeigen, dass es bei psychiatrischem Personal häufig zu einem »burn-out«-Syndrom kommt (28). Besonders betroffen sind dabei die Mitarbeiter der neuen Versorgungsmodelle, wie Kriseninterventions- oder »assertive outreach teams«, in denen eine intensive gemeindenahe Arbeit an und mit Patienten mit Selbst- oder Fremdgefährdung geleistet wird. Diese Feststellungen bedürfen allerdings noch einer adäquaten Evaluation; sicherlich jedoch können diese Versorgungsmodelle nicht realisiert werden, wenn es nicht gelingt, qualifiziertes und motiviertes Personal zu rekrutieren. Die zunehmenden Bedenken über die psychiatrischen Arbeitskräfte führten dazu, dass Entwicklung und Implemen-

tierung von besseren Fördermaßnahmen und Weiterbildungsstrategien sowie das Anbinden vom Personal zu den wichtigen Prioritäten sowohl des National Service Framework for Mental Health als auch des NHS Plans wurden (1,2).

Wie oben diskutiert wurde, wird häufig über Suizide und besonders Tötungsdelikte durch psychisch Kranke in den Medien berichtet. Die Namen psychiatrischer Mitarbeiter können nach einem ersten Zwischenfall in der Presse genannt werden, wenn sie an der Behandlung des betreffenden Patienten beteiligt waren. Ihre Namen können nach der Veröffentlichung des Untersuchungsberichts über die besonderen Vorkommnisse auch in den nationalen Zeitungen erscheinen (29). Angst vor öffentlicher Kritik nach einer suizidalen oder homizidalen Handlung dürfte bei den psychiatrischen Mitarbeitern dazu führen, dass sie mehr auf Untersuchung und Kontrolle von eventuellen Risiken achten als auf Behandlung. Priebe (30) hat die Auswirkung der »blame culture« auf die Entwicklung des NHS beschrieben, die er mit Angst und Abwehr charakterisiert.

Wie können psychiatrische Interventionen im primären Gesundheitsdienst effektiver gestaltet werden?

Die meisten psychischen Probleme in UK werden im primären Gesundheitsdienst behandelt, einschließlich der großen Mehrheit der Patienten mit Depression und Angststörungen. Es gab auch Diskussion über die Wege der Zusammenarbeit zwischen primärem (hausärztlichem) und sekundärem Gesundheitsdienst, besonderes bei der Behandlung von psychisch Schwerkranken. Die volle Diskussion über dieses komplizierte Gebiet würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Jedoch gehen die Debatten, wie man die großen Unterschiede bei den Kompetenzen der Hausärzte, psychische Krankheiten zu erkennen und zu behandeln (31), am besten reduzieren kann ebenso weiter, wie die über den effektivsten Weg zur Förderung der Integration zwischen primärem und sekundärem Gesundheitsdienst (32). Eine der Interventionen, die von dem neuen NHS Plan vorgeschlagen wurde, ist die Weiterbildung tausender Mitarbeiter des primären Gesundheitsdienstes in Kurzzeittherapie-Methoden (z.B. psychoedukative und kognitive Verfahren).

Schlussfolgerung

Die Schließung großer psychiatrischer Krankenhäuser ist jetzt größtenteils abgeschlossen, und ein Netzwerk von gemeindenahen psychiatrischen Teams ist entstanden. England beschreitet die nächste Entwicklungsphase der Gemeindepsychiatrie. Ernsthafte Bemühungen werden unternommen, die Lücken in der psychiatrischen Versorgung zu erkennen und zu verringern. Da England ein nationales Gesundheitssystem hat, können zentrale Entscheidungen getroffen und neue politische Richtlinien relativ schnell herausgebracht werden, jedoch kann sich die Durchführung dieser als schwierig erweisen. Die entscheidende Erfolgsdeterminante der gegenwärtigen Initiativen werden wahrscheinlich die Ergebnisse aller Bemühungen sein, die Rekrutierung, Anbindung und Moral der psychiatrischen Mitarbeiter zu verbessern.

Literatur

1. DEPARTMENT OF HEALTH. National Service Framework for Mental Health – Modern standards and service models. London: The Stationery Office 1999.
2. DEPARTMENT OF HEALTH. The NHS Plan. London: The Stationery Office 2000.
3. JOHNSON S, LELLIOTT P. Mental health services in London: evidence from research and routine data. In JOHNSON S, RAMSAY R, THORNICROFT G. et al., (eds) London's Mental Health. London: Kings Fund 1997.
4. DEPARTMENT OF HEALTH. Memorandum for the Select Committee on Health: Public expenditure questionnaire 2000. Published on the Internet at: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/882/88210.htm> 2000
5. KILLASPY H, DALTON J, MCNICHOLAS S, JOHNSON S. Drayton Park, an alternative to hospital admission for women in acute mental health crisis. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 101–104.
6. TRIEMAN N, LEFF J, GLOVER G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *British Medical Journal* 1999; 319:13–16.
7. GOVERNMENT STATISTICAL SERVICE. Hospital Activity Statistics. Published on the Department of Health website at: <http://www.doh.gov.UK/hospitalactivity/statistics> 2000.
8. GOVERNMENT STATISTICAL SERVICE. Hospital Episode Statistics (preliminary reports) London: Published on the Department of Health website at: http://www.doh.gov.UK/hes/standard_data/available_tables. 2001
9. JOHNSON S, THORNICROFT G. The sectorisation of psychiatry in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1993; 28: 45–47.
10. PECK E. Introduction to special section on community mental health teams. *Journal of Mental Health* 1999;8: 215–216.
11. JOHNSON S, BROOKS L, RAMSAY R, THORNICROFT G. the structure and functioning of London's mental health services. In JOHNSON S, RAMSAY R, THORNICROFT G. et al. (eds) London's Mental Health. London: Kings Fund, 1997.
12. BURNS T, PRIEBE S. Mental health care failure in Britain: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 191–2.
13. WARDEN J. England abandons care in the community for the mentally ill. *BMJ* 1998; 317:1611.
14. TAYLOR P, GUNN J. Homicide by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 9–14.
15. CRISP A, GELDER M, RIX S, MELTZER H, ROWLANDS O. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 4–7.
16. BYRNE P. Stigma of mental illness: changing minds, changing behaviour. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 1–2.
17. SAYCE L. Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin* 2001; 25: 121–123.
18. SAYCE L, CHRISTIE Y, COBB A, SLADE M. Users' Perspectives on Emergency Needs in Pheland Dr M., Strathdee Dr G and Thornicroft Dr G (Eds) Emergency Mental Health Services in the Community. Cambridge: Cambridge University Press 1994.
19. SMYTH M, HOULT J. The Home Treatment enigma. *BMJ* 2000; 320: 305–308.
20. PELOSI A, JACKSON G. Home treatment: enigmas and fantasies. *BMJ* 2000; 320: 308–309.
21. BURNS T. Home treatment: Vigorous well designed trials are needed. *British Medical Journal* 2000; 321: 177.
22. SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH. Keys to engagement. London: The Sainsbury Centre 1998.
23. TYRER P. Are small caseloads beautiful in severe mental illness? *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 386–387.
24. STEIN L.I., SANTOS AB. Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. London and New York: W.W. Norton 1998.
25. WEAVER T, RENTON A, STIMSON G, TYRER P. Severe mental illness and substance misuse. *BMJ* 1999; 318: 137–138.
26. DEPARTMENT OF HEALTH. Reforming the Mental Health Act. London: The Stationery Office 2000.

27. SZMUKLER G. A new mental health (and public protection) act. *BMJ* 2001; 322: 2–3.
28. SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH. Finding and keeping: review of recruitment and retention in the mental health workforce. London: The Sainsbury Centre 2001.
29. SZMUKLER G. Homicide inquiries. What sense do they make? *Psychiatric Bulletin*. 2000; 24: 6–10.
30. PRIEBE S. Ensuring and improving quality in community mental health care. *International Review of Psychiatry* 2000; 12: 226–232.
31. GOLDBERG D. Training general practitioners in mental health skills. *International Review of Psychiatry* 1998; 10: 102–105.
32. GASK L, SIBBALD B, CREED F. Evaluating ways of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 6–11.

Schlussbemerkungen: Wertebestimmte Gesundheitsversorgung – eine Plattform für eine gesamteuropäische Gesundheitspolitik ¹

Wulf Rössler

Jeder Versuch, die europäische Gesundheitsversorgung zu beschreiben, sieht sich mit zweierlei Problemen konfrontiert:

- Zum einen besteht keine Einigkeit, welche Länder genau Europa zugehörig sind.
- Zum anderen muss man sich mit einer breiten Palette unterschiedlichster Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgungssysteme in den verschiedenen Ländern auseinandersetzen, deren gemeinsamer Nenner nicht einfach zu erkennen ist.

Die Beiträge zu diesem Tagungsband illustrieren diese Schwierigkeit nachhaltig.

In diesem Tagungsband werden Länder beschrieben, die im Hinblick auf ihre Gesundheitssysteme unterschiedliche Wurzeln haben und auf Grund ihrer früheren Zugehörigkeit zu verschiedenen politischen Welten auch eine sehr unterschiedliche Entwicklung genommen haben. Dargestellt werden sowohl verschiedene Mitgliedsländer der Europäischen Union wie auch verschiedene Beitrittskandidaten zur Union und auch Russland mit seiner außerordentlichen kulturellen und geografischen Vielfalt.

Darüber hinaus wurde den Autorinnen und Autoren die Freiheit eingeräumt, die aus *ihrer Sicht* dringendsten Versorgungsprobleme ihres Landes darzustellen. Die Schwerpunkte, wie sie von den Autorinnen und Autoren der verschiedenen Beiträge gesetzt wurden, signalisieren schon für sich genommen, was in den einzelnen Ländern jeweils in der Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist. Es wird aber auch deutlich, dass kein Land bisher ein ideales Versorgungsmodell entwickeln konnte und das Spektrum gesundheitspolitischer Antworten auf die Herausforderungen enorm breit ist.

¹ Dieser Artikel beruht auf einer Arbeit, die zuerst in »Psychiatrie Reform – The European Perspective and Developments in Germany (25 Years after the Enquete)«, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* No 410, Volume 104, 2001, veröffentlicht wurde.

Somit sind wir in diesem Band mit einer faszinierenden und auch stimulierenden Vielfalt verschiedenster Versorgungsansätze konfrontiert. Allerdings stellt sich auch die Frage, inwieweit diese Beschreibungen eine gemeinsame Plattform für eine europäische Perspektive psychiatrischer Reformansätze bieten können.

Gesundheitszustand und sozioökonomische Lage

Wenn wir in einem ersten Zugriff verschiedene europäische Länder miteinander vergleichen, sollten wir zunächst einmal die ökonomische und soziale Entwicklung dieser Länder betrachten. Vor welchem wirtschaftlichen Hintergrund Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern jeweils betrieben wird, wird unmittelbar deutlich, wenn wir uns das Bruttosozialprodukt pro Einwohnerin und Einwohner betrachten. So beträgt das schwedische Bruttosozialprodukt 23.750 USD pro Einwohnerin/Einwohner und übersteigt damit das russische Bruttosozialprodukt mit 2.240 USD pro EinwohnerIn/Einwohner um mehr als das Zehnfache (2–4).

Die Folgen davon sind zweifach:

Zum einen stehen den reichen Ländern ungleich mehr Ressourcen zur Verfügung, die in die Gesundheitsversorgung investiert werden können. Zum anderen wirkt sich die Verknappung der Ressourcen auf die jeweilige Ressourcenallokation in verschiedene Bereiche aus, d.h. vordringlicheren Gesundheitsproblemen werden ungleich mehr Ressourcen zugeteilt als dies für vermeintlich oder tatsächlich weniger dringliche Gesundheitsprobleme gilt.

Für die psychiatrische Versorgung heißt das, dass ihre gesundheitspolitische Bedeutung im nationalen Kontext daran gemessen werden kann, ob sie im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen einen entsprechenden Anteil ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung erhält.

Armut und schwierige sozioökonomische Lebensbedingungen generieren zum Teil andere Gesundheitsprobleme als dies für kapitalstarke Industrieländer gilt. In armen Ländern ist die Säuglings- und Kindersterblichkeit deutlich höher und die Lebenserwartung der Bevölkerung deutlich geringer als in reichen Ländern. Auf den ersten Blick hat die Lebenserwartung oder die Kinder- und Säuglingssterblichkeit nichts mit der psychiatrischen Versorgung zu tun. Einige Implikationen müssen allerdings hervorgehoben werden. So

hängt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung nicht unerheblich von dem Mortalitätsrisiko der Bevölkerung ab. Durch die Kinder- und Säuglingssterblichkeit wird die Zahl von Hochrisikokindern mit Geburtskomplikationen, die Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen können, vermindert. Eine verkürzte Lebenserwartung andererseits kann deutlich auf die Zahl dementer Personen in der Bevölkerung Einfluss nehmen, da das Risiko an Demenz zu erkranken, mit steigendem Alter exponentiell zunimmt.

Allerdings sollte auch hervorgehoben werden, dass es für die Bewohnerinnen und Bewohner reicher Industrieländer spezifische Gesundheitsrisiken gibt. Hohe Arbeitsanforderungen und der Zerfall natürlicher Unterstützungssysteme erschweren die Lebensgestaltung und -bewältigung erheblich, insbesondere auch im Falle psychischer Erkrankungen. Dies gilt nicht nur für weniger einschränkende psychische Störungen, sondern auch für schwere Erkrankungen wie die Schizophrenie, deren Verlauf in Entwicklungsländern bekanntermassen günstiger ist.

Politische Entscheidungsprozesse und Einflussnahme durch Interessengruppen

Erhöhte Sterblichkeitsraten im Säuglings- und Kindesalter und reduzierte Lebenserwartung sind Indikatoren für schwierige Lebens- und Umweltbedingungen. Der sozioökonomische, gesellschaftliche und demographische Wandel in verschiedenen Gesellschaften ist der wichtigste Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist aber mehr als die Summe von Risikofaktoren ihrer einzelnen Mitglieder. Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist ein kollektives Charakteristikum, das die Sozialgeschichte eines Volkes in ihrem jeweiligen kulturellen, materiellen und ökologischen Rahmen repräsentiert (5).

Wie nun die (stets zu knappen) Mittel für die Gesundheitsversorgung verteilt werden können, wird durch die öffentliche Meinung als auch durch ihre Interessenvertreter wesentlich beeinflusst. Psychisch Kranke sind nicht selten auf Grund ihrer Erkrankung in ihren Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt. Ihre Leiden sind in der Regel nicht sichtbar und erscheinen auf den ersten Blick weniger dramatisch als viele andere Gesundheitsprobleme. Um die Be-

deutung psychischer Störungen in der Bevölkerung besser kommunizieren zu können, braucht es einen Paradigmenwechsel, d.h. dass wir uns weniger damit beschäftigen sollten, wie Menschen sterben als damit, wie Menschen leben (1). Wenn uns dieser Paradigmenwechsel gelingen sollte, wird die psychische Gesundheit in den politischen Entscheidungsprozessen an Bedeutung gewinnen können.

Ein Raster zur Erfassung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen

Dies ist der Titel einer kürzlich publizierten Arbeit von MURRAY (6). In dieser Arbeit wird ein Raster entworfen, um die Funktionstüchtigkeit von Versorgungssystemen besser beurteilen zu können. Das Raster beinhaltet im Wesentlichen drei fundamentale Zielsetzungen von Versorgungssystemen.

Dabei geht es um

- (1) die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung,
- (2) die Sensibilität und Reaktivität des Systems im Hinblick auf die Erwartungen der Bevölkerung und
- (3) die gerechte Verteilung der finanziellen Lasten von Gesundheitssystemen.

Bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes geht es sowohl darum, die durchschnittliche Bevölkerungsgesundheit zu verbessern, als auch darum, Ungleichheiten im Gesundheitsstatus zu reduzieren. Sensibilität und Reaktivität im Hinblick auf die Bedürfnisse der Bevölkerung umfassen mehrere Komponenten. Dabei geht es um den Respekt für das Individuum, die Beachtung seiner Würde und seiner Autonomie sowie um den Schutz der Vertraulichkeit. Weiter ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, wie sensibel die Gesundheitsversorgung auf sich ändernde Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren kann und inwieweit sie in der Lage ist, die freie Wahl der personalen und institutionellen Versorgungsangebote zu garantieren. Finanzierungsgerechtigkeit beinhaltet schliesslich, dass niemand auf Grund von Erkrankung verarmen oder einen überproportionalen Anteil seines Einkommens aufwenden muss, um notwendige Versorgungsleistungen zu erhalten.

Unter Beachtung dieser fundamentalen Zielsetzungen mag es von Interesse sein, das eine oder andere Kapitel dieses Tagungs-

bandes neu zu lesen. Viele Fragen werden sich anders stellen, nämlich ob und in welchem Ausmass die jeweiligen Gesundheitsversorgungssysteme diesen basalen Zielsetzungen entsprechen (7). Das vorgeschlagene Beurteilungsraster erleichtert auch den Vergleich verschiedener Systeme vor dem Hintergrund der verwirrenden Vielfalt unterschiedlichster Versorgungsansätze. Die meisten Versorgungsansätze lassen sich nämlich danach einordnen, ob und in welchem Umfang sie die vorgenannten fundamentalen Ziele erreichen. So ist dann beispielsweise Gemeindepsychiatrie kein eigenständiger Wert mehr, sondern *ein Mittel*, auf Versorgungsbedürfnisse der Betroffenen reagieren zu können, z.B. im Hinblick auf die leichte Erreichbarkeit oder auf die Möglichkeit, trotz Krankheit im gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben, was nicht unwesentlich die Entscheidung zur Inanspruchnahme beeinflusst.

Das Erfassungsraster erlaubt darüber hinaus ein Urteil, ob die psychiatrische Versorgung einen angemessenen Anteil der insgesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen erhält oder ob psychisch kranke Menschen im Vergleich zu somatischen Patienten in den jeweiligen Versorgungssystemen benachteiligt werden.

Divergierende Interessen

Die verschiedenen Kapitel dieses Tagungsbandes wurden vorwiegend von Expertinnen und Experten verfasst. Selbst wenn die Perspektive der Betroffenen oder Angehörigen mit eingeschlossen wurde, liegt zweifellos der Schwerpunkt der Darstellungen auf professionellen Versorgungsstrukturen im sozialen und medizinischen Bereich der verschiedenen Länder.

Anders als in vielen anderen medizinischen Fächern ziehen professionelle Helferinnen und Helfer, Angehörige und Betroffene nicht immer am gleichen Strang, insbesondere wenn es um die Frage geht, welche die wahren »Bedürfnisse der Betroffenen« sind (8). Die divergierenden Interessen der an diesem Prozess Beteiligten dürften einer der Hauptgründe dafür sein, dass Psychiatrie-Reformen so schwierig durchzusetzen sind.

Alles in allem zielt eine zeitgemässe psychiatrische Versorgung darauf ab, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in die Gesellschaft zu integrieren und es ihnen zu ermöglichen, ein Leben so normal und so autonom wie möglich zu führen. Eine der wesent-

lichen Komponenten einer autonomen und normalen Lebensführung stellen soziale Beziehungen dar. Soziale Beziehungen machen den Kern der subjektiv empfundenen Lebensqualität aus (9). Wenn auch die Versorgungspraxis in den verschiedenen Ländern ganz unterschiedlich ausfallen mag, ihr Erfolg wird von den Betroffenen daran gemessen, ob es gelingt, soziale Unterstützung für die Betroffenen zu gewinnen und ihnen zu helfen, soziale Netze aufzubauen. Deshalb sollten die Betroffenen auch anerkennen, dass die professionellen Helfer eine wichtige Rolle in ihrem Unterstützungssystem darstellen können.

Zuletzt sollte auch noch erwähnt werden, dass die vorgenannte Integration in normale Lebensbezüge nicht allein in den Händen der beteiligten Helferinnen und Helfer, Angehörigen und Betroffenen liegt. Ob Integration gelingt ist auch eine Frage, ob das Stigma, das mit psychischer Krankheit verbunden ist, wenn schon nicht überwunden, so doch bewusst gemacht werden kann (10). Vor dem Hintergrund der öffentlichen Meinung werden die wichtigen Entscheidungen über die Ressourcenallokation in der Gesellschaft getroffen werden. Deshalb ist psychiatrische Versorgung nicht nur eine medizinisch-psychiatrische, sondern eine politische Aufgabe.

Literatur

1. BRUNDTLAND GH. Mental health in the 21st century. *Bulletin of the WHO* 2000; 78 (4): 411.
2. FEACHEM R. Health systems: more evidence, more debate. *Bulletin of the WHO* 2000; 78: 715.
3. McCUBBIN M, COHEN D. Extremely Unbalanced: Interest divergence and power disparities between clients and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 1996; 19: 1–25.
4. MCKEE M, JACOBSON B. Public health in Europe. *The Lancet* 2000; 356: 366–70.
5. McMICHAEL AJ, BEAGLEHOLE R. The changing global context of public health. *The Lancet* 2000; 356: 495–9.
6. MURRAY CJL. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the WHO* 2000; 78: 717–31.
7. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO* 2000; 78 (4): 413–26.
8. EICHENBERGER A, RÖSSLER W. Comparison of self-ratings and therapist

ratings of outpatient's psychosocial status. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 297–300.

9. RÖSSLER W, SALIZE HJ, CUCCHIARO G, KERNIG C. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 142–148.
10. LAUBER C, NORDT C, SARTORIUS N, FALCATO L, RÖSSLER W. Public acceptance of restriction on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 407): 26–32.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

- Dr. Peter AUERBACH, Chefarzt der psychiatrischen Abteilung, Martin-Luther-Krankenhaus, Bochum
- Prof. Dr. Manfred BAUER, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Städtische Kliniken Offenbach, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn
- Prof. Dr. Thomas BECKER, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig
- Dr. Karin BELL, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse Köln
- Prof. Dr. Matthias BERGER, Geschäftsführender ärztlicher Direktor, Klinikum für Psychiatrie und Psychosomatik der Albert-Ludwig-Universität, Freiburg
- Stefan BRÄUNLING, Mitarbeiter des Weglaufhauses, Berlin
- Ursula BRAND, Vorstandsmitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Bonn, Deutsche Vertreterin in der European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People (EUFAMI)
- Prof. Dr. Lorenzo BURTÌ, Section of Psychiatry, University of Verona, Ospedale Policlinico, Verona, Italien
- Prof. Dr. Andreas CROME, Ärztlicher Leiter der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Lengerich
- Prof. Dr. Klaus DÖRNER, Facharzt für Psychiatrie, ehem. Leiter der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Gütersloh, Hamburg
- Prof. Dr. med. Jürgen FRITZE, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Professor für Psychiatrie Universität Frankfurt am Main, Pulheim
- Prof. für Arzneimittelforschung Dr. Gerd GLAESKE, Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung für Gesundheitspolitik der Universität Bremen
- Iris HÖLLING, Mitarbeiterin im Weglaufhaus Berlin, Vorsitzende des World Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)
- Dr. Sonja JOHNSON, Senior Lecturer, Dept. of Psychiatry and Behavioural Sciences, UCL, Medical School, London, England
- Dr. Joachim JUNGSMANN, Diplompsychologe und Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie, Weinsberg
- Dr. med. Charlotte KÖTTGEN, Leiterin des Jugendpsychiatrischen und -psychologischen Dienstes des Amtes für Jugend, Hamburg
- Dr. Claudia KRAMER, Nervenärztin, Bielefeld
- Georg KREMER, Diplom-Psychologe, Psychiatrische Klinik Gilead vBA Bethel, Bielefeld
- Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Prof. Dr. Waltraut KRUSE, Leiterin des Lehrgebietes Allgemeinmedizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

- Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal, Stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Dr. Klaus NIßLE, Leitender Arzt für Gerontopsychiatrie des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren
- Prof. Dr. Martin PFAFF, Mitglied des deutschen Bundestages, Berlin
- Dr. Niels PÖRKSEN, ehem. Chefarzt Psychiatrische Klinik Gilead-Bethel, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn
- Prof. Dr. Boris POLOSHIJ, Staatl. wissenschaftliches Zentrum für Sozialpsychiatrie, Moskau, Russland
- Prof. Dr. Stefan PRIEBE, Universität London, Großbritannien
- Prof. Dr. Wulf RÖSSLER, PUK Zürich, Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste, Zürich, Schweiz
- Dr. Dr. phil. Wolfgang RUTZ, Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark
- Dr. Christa ROTH-SACKENHEIM, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie-Psychoanalyse, Aachen
- Dr. Irina SAPOSHNIKOWA, Dispensaire No 21, Moskau, Russland
- Prof. Dr. Henning SAß, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Aachen
- Helga SCHMIDT-NIERAESE, Leiterin des Allgemeinen Sozialdienstes, stellv. Leiterin des Jugendamtes, Stadt Mannheim
- Dr. Sybille SCHRECKLING, Psychiaterin, Brühl
- Arnd SCHWENDY, Leiter des Amtes für Soziales und Senioren der Stadt Köln
- Dr. Elmar SPANKEN, Medizinischer Leiter des Rheinischen Landeskrankenhauses in Bedburg-Hau, Vorstandsmitglied im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen
- Dr. Ingmar STEINHART, wissenschaftlicher Projektleiter des Modellprojekt Sozialpsychiatrie, Vorsitzender des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn
- Eckhard SUNDERMANN, Fachbereichsleiter Psychosoziale Hilfen, Inneren Mission – Diakonisches Werk Bochum
- Prof. Toma TOMOV, University Hospital Alexandrovska, Dept. of Psychiatry, Sofia, Bulgarien
- Prof. José Luis VÁZQUEZ-BARQUERO, Clinical and Social Psychiatry Research Unit, University Hospital »Marqués de Valdecilla«, Spanien
- Maria VIDAL, Forschungsassistentin, Universität London
- Dr. Michael VON CRANACH, Leitender Ärztlicher Direktor, Facharzt für Psychiatrie am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
- Dr. Dirk WOLTER-HENSELER, Arzt für Nervenheilkunde – Psychotherapie, Ärztlicher Leiter der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster

Dr. Martin ZINKLER, Unit for Social and Community Psychiatry, St Bartholomew's and the Royal London of Medicine, London, Großbritannien

Veröffentlichungen und Informationstagungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE

- Band 1**
vergriffen »Gemeindenahe Psychiatrie«
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Merheim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 2. und 3.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2**
vergriffen »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
Tagung 7.10.1977 in Hamburg
- Band 3**
vergriffen »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4**
vergriffen »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5**
vergriffen »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.1.1980
- Band 6**
vergriffen »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover
- Band 7**
vergriffen »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- Sonderdruck
vergriffen** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9
vergriffen** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn
- Band 12
vergriffen** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 14
vergriffen** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein interantionaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16
vergriffen** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn
- Band 17
vergriffen** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18
vergriffen** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal
- Band 19
vergriffen** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 1.12.1990 in Berlin
- nicht dokumentiert** **Regionalkonferenzen über den Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«**
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg; im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt; im Land Sachsen am 21. und

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- 22.11.1991 in Arnsdorf; im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg; im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20
vergriffen** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn
- Band 21
vergriffen** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn
- Sonderdruck
Selbstverlag** »Enthospitalisieren statt Umhospotalisieren«
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck
vergriffen** »Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn
- Band 22
vergriffen** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn
- Band 23
vergriffen** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn
»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
- Band 24
vergriffen** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

Bezug der lieferbaren Bände sowie Nachbezug des vorliegenden:
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Brungsgasse 4-6
53117 Bonn
Fax: 0228/67 67 42

Ergänzende Literatur zum personenzentrierten Ansatz

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg). Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116/I und II. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1999
Band 116/I: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«
Band 116/II: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung
- GROMANN, P.: Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP mit einer Studie von Eva Herrmann-Woitas. Psychosoziale Arbeitshilfe 17. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001
- KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« und Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen. Psychosoziale Arbeitshilfe 11. 4 Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001