

Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote

Ausgangspunkt moderner Versorgungsangebote für psychisch Kranke ist der individuelle Behandlungsbedarf jedes Betroffenen. Bedingung hierfür ist ein Behandlungssystem mit einer breiten Palette von Behandlungseinrichtungen. Diese müssen in hohem Masse aufeinander abgestimmt sein und eine Integration der Behandlung, das heisst Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Angeboten, gewährleisten. Eine geeignete Balance zwischen ambulanten und stationären Angeboten zu finden, ist eine zentrale Voraussetzung.

Ulrich M. Junghan, Regula Rička

Psychische Erkrankungen finden sich in der Schweiz unter den zehn häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Behinderung. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 suchen nach eigenen Angaben nur etwa 5 Prozent der Betroffenen professionelle Hilfe, und wie in den meisten Industrieländern, beansprucht die Behandlung

psychischer Erkrankungen gerade einmal 5 Prozent der allgemeinen Gesundheitskosten. Im Gegensatz hierzu steigt die Anzahl der IV-Bezüger wegen psychischen Erkrankungen, verglichen mit somatischen Erkrankungen, überproportional an. Gegenüber gesundheitspolitisch und wirtschaftlich vergleichbaren körperlichen Erkrankungen weisen psychische Erkrankungen Besonderheiten auf.

Kostenintensive Betreuung

Für Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen werden vergleichsweise wenig kostenintensive Methoden und Apparate eingesetzt, die meisten Kosten entfallen auf personelle Ressourcen. Weiter bedeuten psychische Erkrankungen häufig, dass die Betroffenen stigmatisiert werden. Diese Situation erschwert die Prävention und eine rechtzeitige Behandlung. Schliesslich gehören zu einer sachgerechten Behandlung eine Reihe von Elementen, die von den Krankenkassen infrage gestellt werden. Grund hierfür sind die in der Psychiatrie meist auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells aufgebauten Behandlungsstrategien, die nur zu einem Teil mit dem medizinischen Modell zur Behandlung von Krankheiten mit überwiegend körperlicher Symptomatik übereinstimmen.

Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

Im Spannungsfeld zwischen diesen Besonderheiten psychischer Erkrankungen und den Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung veränderten sich die psychiatrischen Versorgungsangebote in den letzten

Jahrzehnten einschneidend. Ausgangspunkt dieser Psychiatriereform in den Achtzigerjahren war die bereits vorher formulierte Bestrebung zu einer Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung. Sie

«Schliesslich gehören zu einer sachgerechten Behandlung eine Reihe von Elementen, die von den Krankenkassen infrage gestellt werden.»

wurde weg von den meist ausserhalb gelegenen psychiatrischen Grosskliniken in das direkte private Lebensumfeld der Patienten verlagert. Diese Umplatzierung von oft schwer psychisch Kranken aus den Kliniken in ein gemeindenahes Umfeld führte zu einem Abbau psychiatrischer Spitalbetten. Diese erste Phase der Deinstitutionalisierung führte zu erhöhten Rehospitalisationsraten. Aus dieser Situation heraus entstanden Begriffe wie derjenige der «Drehtürpsychiatrie». Die anfänglichen Misserfolge liessen sich mit dem Fehlen geeigneter Angebote ausserhalb der Klinik erklären. Zusätzlich zeigte sich, dass die im Spital vermeintlich homogene Gruppe psychisch Kranker im realen Lebensumfeld ganz unterschiedliche Behandlungen benötigten. Diese Erfahrung führte zu einem Umdenken bei Gesundheitsbehörden und Versorgungsanbietern.

In der Schweiz mehrheitlich stationär

Die WHO-Europa, die EU und der

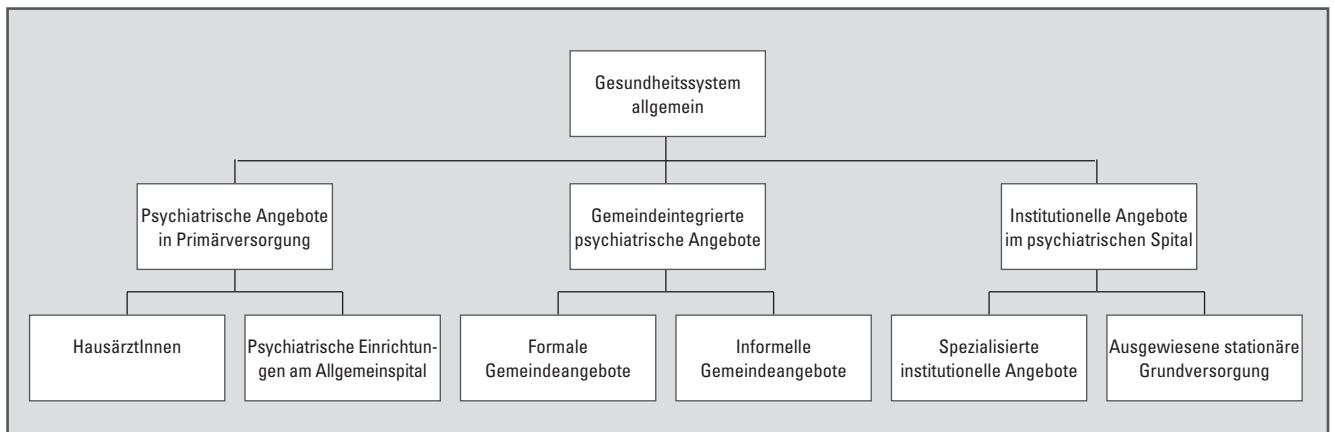


Abbildung 1: Notwendige Komponenten eines psychiatrischen Versorgungssystems gemäss Konsens WHO 2003

Europarat empfehlen seit mehreren Jahren, eine ausreichende Balance zwischen stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen anzustreben (WHO, EU 2005). Gemäss WHO hat die Bereitstellung einer für alle psychisch Erkrankten zugänglichen, wirksamen und qualitativ hoch-

«Aus dieser Situation heraus entstanden Begriffe wie derjenige der «Drehtürpsychiatrie.»»

wertigen Versorgung und Behandlung eine sehr hohe Priorität. Ein weiteres vorrangiges Ziel besteht darin, die Grundrechte zu wahren und die soziale Integration zu fördern. Politiker wie Expertengruppen fordern ergänzende, gemeindenahere psychiatrische Einrichtungen auszubauen. Doch geriet dieses Vorhaben in vielen Ländern wegen des zunehmenden Kostendrucks ins Stocken – so auch in der Schweiz. Auch der stationäre Bereich sah sich mit neuerlichen Ressourcenkürzungen konfrontiert. Während in Ländern wie Grossbritannien ein in den letzten Jahren deutlich gewordener Versorgungsengpass für schwer und anhaltend psychisch Kranke aufgrund der damit verbundenen ökonomischen Vorteile durch einen Ausbau gemeindenaher Behandlungseinrichtungen abgebaut wurde, erfolgte die Behandlung dieser Patientengruppe

in der Schweiz weiter mit Vorzug in stationären psychiatrischen Einrichtungen (Sturny 2004). Diese Bevorzugung der Finanzierung stationärer Angebote hat zur Folge, dass die international anerkannte und geforderte Differenzierung psychiatrischer Versorgungsangebote bisher kaum zu etablieren war. Als Folge werden die für die Behandlung psychisch Kranker eingesetzten Ressourcen wenig ökonomisch genutzt, es bestehen grosse kantonale Unterschiede bei den Versorgungsangeboten. Patientinnen und Patienten erhalten kaum eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich geeigneter Behandlungsalternativen. Im Folgenden sollen einige der Grundannahmen für eine moderne psychiatrische Versorgung mit Beispielen skizziert, sowie nach Meinung der Autoren, wichtige Schritte zur Umsetzung erläutert werden. Dabei werden die psychiatrischen Angebote in der Primärversorgung allerdings nicht berücksichtigt.

Sich am Bedarf der psychisch Kranken orientieren

Psychische Erkrankungsepisoden verlaufen in den meisten Fällen in Phasen. Der zeitliche Verlauf lässt sich in unterschiedliche Abschnitte aufteilen. Beispiel hierfür ist der Verlauf von Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis. Diese Störung beginnt oft mit einer unterschiedlich langen Prodromalphase (Vorlauf), in der spezifische Krankheitsmerkmale zunächst fehlen, aber bereits eine erhebliche Beeinträchtigung des sozialen

Funktionsniveaus vorliegen kann. Meist folgt ein vorübergehender, wahnhaft verwirrter Akutzustand, nach dessen erfolgreicher Behandlung dann nicht selten über längere Zeit anhaltende Beeinträchtigungen

«Politiker wie Expertengruppen fordern, ergänzende, gemeindenahere psychiatrische Einrichtungen auszubauen.»»

wie fehlende Spannkraft und Konzentrationsstörungen bestehen. Jede dieser krankheitsspezifischen Phasen erfordert dabei unterschiedliche Behandlungsangebote hinsichtlich Intensität, Inhalten und örtlich strukturellen Voraussetzungen (stationär vs. ambulant). Bedarfsorientierung bedeutet in diesem Kontext, dass jede betroffene, kranke Person genau das Ausmass an Behandlung erhält, um die jeweils bestehenden Behandlungsbedürfnisse in ausreichender und qualitativ hoch stehender Weise sicherzustellen. Eng verbunden mit dieser Sichtweise sind auch die Forderungen der Erkrankten nach einer möglichst geringen Einschränkung ihrer anerkannten Persönlichkeitsrechte.

Breit gefächertes Versorgungsangebot

Ein weiteres Merkmal psychischer Erkrankungen sind die unterschied-

lichen Krankheitsverläufe innerhalb der diagnostisch einheitlichen Untergruppen. Dies lässt sich mit psychosozialen Einflussfaktoren und ihren unterschiedlichen Auswirkungen auf den Verlauf und die Ausgestaltung psychischer Krankheitssymptome erklären. So ist bei manchen Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis eine spezielle Form der Familientherapie besonders hilfreich und kann wiederholte Krankheitsepisoden reduzieren.

Psychisch Kranke benötigen einen individuellen Behandlungsplan, der kontinuierlich wichtige Gegebenheiten berücksichtigt. Durch wiederholte Behandlungsabbrüche leidet einerseits die Behandlungsqualität, andererseits kommt es zu teuren Rehospitalisationen. Voraussetzung für bedarfsorientierte und personenzentrierte Behandlungen sind ein sehr breit gefächertes Versorgungsangebot, dessen einzelne Komponenten aufeinander abgestimmt sind.

Wege zu integrierten Behandlungsangeboten

Eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen belegt, dass Strukturmerkmale eines psychiatrischen Versorgungssystems oft eine weitaus grössere praktische Bedeutung für die Behandlung haben als der individuelle Behandlungsbedarf eines psychisch Kranken. An einigen Zentren im deutschsprachigen Raum werden derartige integrierte Behandlungsstrukturen derzeit erprobt. (Walle, von Cranach, 2005)

Um die Integrationsbehandlung psychisch Kranker zu erreichen, ist es nötig, sich von traditionellen Vorstellungen der Finanzierung von Behandlungsangeboten abzuwenden. Besonders in der Schweiz besteht hier ein Hemmnis aufgrund der dualen Finanzierung. Das heisst, in der Regel werden stationäre Behandlungen

zu gleichen Teilen durch Krankenversicherer und die öffentliche Hand (Kantone) getragen, während eine als ambulant definierte Behandlung alleine durch die Krankenversicherer getragen wird. Dies schafft keinerlei Anreiz, die in der Schweiz im internationalen Vergleich teuren stationären Überkapazitäten abzubauen. Ausserdem wird mit dem Argument der Kostenausweitung die

«Psychisch Kranke benötigen einen individuellen Behandlungsplan, der kontinuierlich wichtige Gegebenheiten berücksichtigt.»

Schaffung komplementärer und ergänzender ausserstationärer Angebote behindert. Gegenwärtig besteht in der Schweiz eine von Bund, Kantonen und Krankenversicherern unterstützte Initiative zur Etablierung von Modellprojekten in der psychiatrischen Versorgung. Speziell zwischen den verschiedenen Kostenträgern ausgehandelte Modelltarife sollen die Etablierung von integrierten Behandlungsangeboten ermöglichen.

Ein weiterer Erfolg versprechender Weg ist, regionale Psychiatriebudgets einzuführen und gleichzeitig den von den Krankenkassen erwarteten Angebotsumfang festzulegen. Dieses Modell wird gegenwärtig in Deutschland probenhalber eingeführt. Durch den umschriebenen Finanzrahmen besteht hier auch für die Versorgungsanbieter ein hoher Anreiz, Bedarfsorientierung, Personenzentrierung und Integration der psychiatrischen Behandlungsangebote voranzutreiben. ■

Autoren:

Ulrich M. Junghan

Oberarzt I

Leiter der Arbeitsgruppe
Versorgungsforschung

der Sozialpsychiatrischen
Universitätsklinik der
Universitären Psychiatrischen
Dienste Bern

Laupenstrasse 49, 3010 Bern
E-Mail: junghan@spk.unibe.ch

Regula Rička

Gesundheits- und

Pflegewissenschaftlerin

Sektion Strategie und

Gesundheitspolitik CH

Bundesamt für Gesundheit,

3003 Bern

E-Mail: regula.ricka@bag.admin.ch

Literatur:

Grasset F, Pomini V, Favrod J, Orita A, Veillon H, Cucchia AT. Psychosocial rehabilitation at the dawn of the 21st century: III: Interdisciplinary evaluation method and bio-psycho-social schedule. *Rev Med Suisse Romande*. 2004 Apr; 124(4): 199-203.

Walle M, Lammers-Reissing A, Munzel H, Holler G und Grüss U (2005). Integrierte Versorgung für psychisch schwer und chronisch Kranke am Beispiel Hemm Moor und Weyhe/Niedersachsen. *Nervenarzt*; 8: 1030-1035.

Von Cranach M, Nissle K und Schäfer-Walkmann S (2005). Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren. *Nervenarzt*; 9: 1160-1164.

Sturny I, Cebroni S, Christen S, Meyer P (2004). Daten zur Versorgung psychischer Kranker in der Schweiz. Neuenburg: Arbeitsdokument des ObSan 4.