

Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem

Die soeben abgeschlossene Psychiatrieplanung des Kantons Basel-Landschaft macht deutlich, dass heute einige zentrale Versorgungslücken bestehen, die eine direkte Folge der Fragmentierung des Gesundheitssystems sind. In der psychiatrischen Versorgung zeigen sich zudem wichtige gesundheitspolitische Probleme und Chancen in exemplarischer Weise.

**Niklas Baer,
Theodor Cahn**

Die psychiatrische Versorgung des Kantons Basel-Landschaft wurde seit 1980 im Rahmen umfassender Psychiatrieplanungen systematisch aufgebaut: Psychiatriekonzept (1980), Folgeplanung I (1991) und die soeben abgeschlossene Folgeplanung II [1]. Der zugrunde liegende Auftrag lautete, die gesamte psychiatrische Versorgung des Kantons zuhanden von Regierungsrat und Parlament umfassend darzustellen und ihre künftige Entwicklung konzeptionell aufzuzeigen. Während zweier Jahre haben daran rund 100 Fachleute aus staatlichen und privaten Einrichtungen der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung, der Sozial-, Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe sowie der Altersversorgung mitgewirkt.

Eine prioritäre Bedeutung kam der quantitativen und qualitativen Evaluation der Lage psychisch kranker Menschen im Kanton zu. Insgesamt wurde festgestellt, dass der Kanton Baselland über eine abgestufte und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung verfügt. Gleichzeitig wurden spezifische Probleme und Versorgungslücken festgestellt, deren Hintergründe letztlich politischer, gesetzlicher, finanzieller, gesellschaftlicher und auch ökonomischer Natur sind. Deswegen können diese spezifischen Versorgungsprobleme der Gesundheitspolitik über die Psychiatrie hinaus wichtige Hinweise geben. Dies sei an einigen Beispielen aufgezeigt:

Beispiel 1: Epidemiologie und Inanspruchnahme

Verschiedene grosse Bevölkerungsuntersuchungen [2] haben gezeigt, dass innerhalb eines Jahres 25 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal an einer psychischen Störung erkranken. Zum Teil sind das vorübergehende leichtere Störungen, bei 5 bis 10 Prozent der Bevölkerung ist aber eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit gegeben. Das sind im Kanton Baselland jährlich 13 000 bis 26 000 Menschen.

Behandelt werden im Kanton gemäss unseren Recherchen insgesamt 12 500 Menschen, es wird also knapp der minimale Bedarf gedeckt. Dies ist ein zentrales Resultat, weil es die Interpretation der stetig steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste erleichtert: Es werden heute nicht in erster Linie immer mehr Menschen psychisch krank, sondern dank einer ausgebauteren Versorgung kann ein relevanter Teil



Niklas Baer



Theodor Cahn

der Bedürftigen überhaupt erst behandelt werden.

Erst die epidemiologische Basis lässt also eine Interpretation von Inanspruchnahme-Daten zu.

Beispiel 2: Chancengleichheit beim Zugang zur Behandlung

Ein Grossteil psychisch Kranker gelangt nicht direkt in psychiatrische Behandlung, sondern wird in

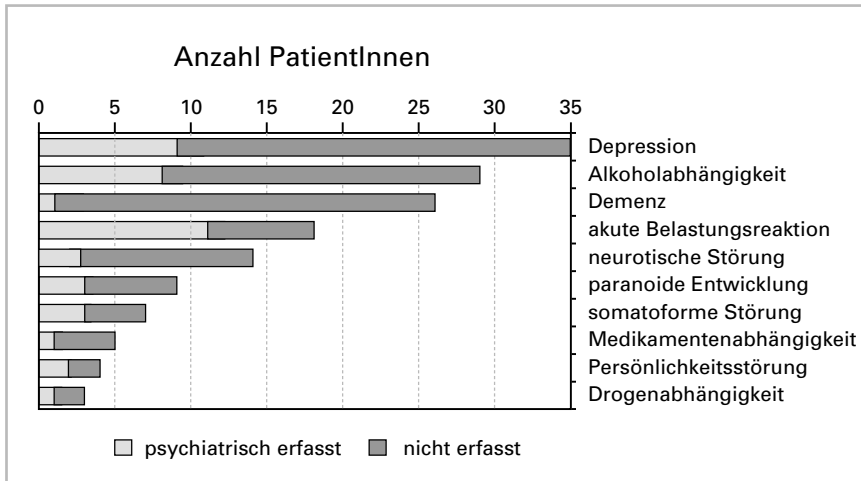


Abbildung 1: Behandlungszugang (n = 171 psychisch Kranke von total 748 Spitalpatienten)

hausärztlichen Praxen und Allgemeinspitälern behandelt. Der Kontakt zum Arzt in der Grundversorgung ist meist ein sensibler Moment und deswegen eine Chance, den Betroffenen Zugang zur spezialisierten psychiatrischen Behandlung zu vermitteln, die beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit eher selten direkt aufgesucht wird. Unsere Erhebung während fünf Wochen an den Medizinischen Kliniken von zwei Kantonsspitalern im Jahr 2000 zeigt, dass bei rund 25 Prozent der SpitalpatientInnen ein relevantes psychiatrisches Problem vorliegt – dies bestätigt die Ergebnisse der Bevölkerungsuntersuchungen. Obwohl diese Störungen im Spital erkannt werden, wird nur ein geringer Teil der (psychiatrisch klar behandlungsbedürftigen) PatientInnen psychiatrischen Fachkräften zugewiesen. Der Zugang zur spezialisierten Behandlung ist je nach Erkrankung sehr ungleich und funktioniert vor allem in akuten Krisensituationen, oft nach Suizidversuch (Abbildung 1).

Dieses Beispiel zeigt, dass gewisse Bedarfsgruppen (z.B. alte Menschen) kaum Zugang zu spezialisierter Behandlung erhalten. Generell wird klar, dass die Psychiatrie als eher wenig integriertes Versorgungssystem sich um eine Präsenz in der allgemeinen Gesundheitsversorgung bemühen muss, um unnötige medizinische Behandlungen und unnötig lange Hospitalisationen zu vermei-

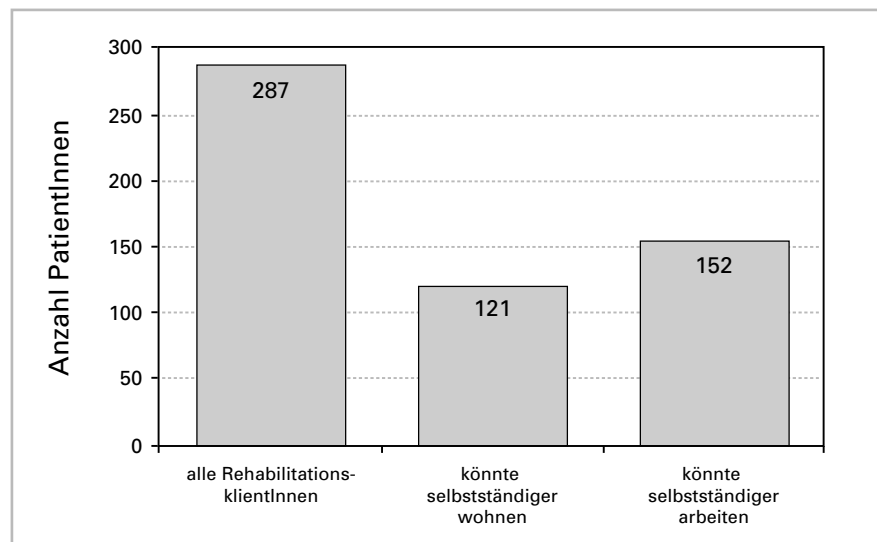


Abbildung 2: Rehabilitatives Potenzial (n = 287 KlientInnen aus zwölf rehabilitativen Einrichtungen)

den, eine höhere Behandlungseffektivität zu erreichen und Chancengleichheit beim Zugang zur spezialisierten Behandlung zu garantieren.

Beispiel 3: Diskriminierung und wenig Erfolge bei der Rehabilitation

Schwere psychische Krankheiten, namentlich Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen, manifestieren sich typischerweise in frühem Alter und führen relativ oft zu einem chronischen Verlauf. Dies zieht einen vielfältigen und langfristigen Hilfebedarf nach sich, im Schweizer Gesundheitswesen verbunden mit Wechseln der Versorgungs- und finanziellen Trägersysteme. Die nega-

tiven Folgen der Aufgabenteilungen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden sowie zwischen Krankenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe werden deutlich sichtbar. Immer striktere administrative Abgrenzungen und inadäquate gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen bewirken im Bereich der Rehabilitation – besonders in der beruflichen Eingliederung – fachliche Stagnation und Resignation.

Unsere Erhebung der rehabilitativen Situation von rund 300 KlientInnen aus zwölf Einrichtungen im Kanton zeigt, dass bei mehr als der Hälfte eine autonomere Lebens-

führung aktuell realisierbar wäre (Abbildung 2). Analysiert man die Gründe, warum dieses Potenzial nicht umgesetzt wird, wird deutlich, dass die PatientInnen selbst keine weiteren Schritte wagen wollen – vor allem dann nicht, wenn sie schon längere Zeit institutionalisiert sind. Diese Resignation erfasst auch das Personal dieser Institutionen. Wesentliche Gründe dafür liegen darin, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Rehabilitation den Besonderheiten psychisch Kranker nicht gerecht werden:

Die IV geht bei der Finanzierung von Eingliederungsmassnahmen von einem schrittweisen Aufbau und einer

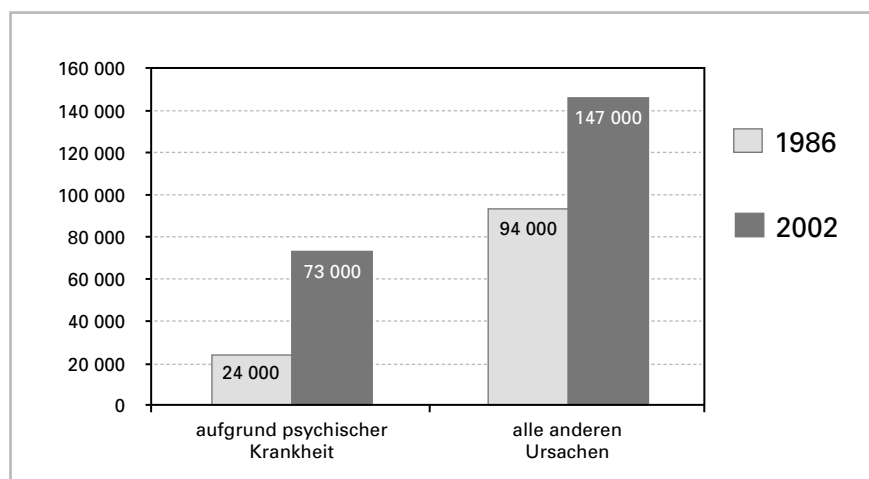


Abbildung 3: IV-Renten aufgrund psychischer Behinderung und anderer Ursachen [3]

anschliessend dauerhaft verbesserten Leistungsfähigkeit der Behinderten aus, wie sie bei körperlichen Gebrechen nach einem Unfall gegeben sein mögen. Bei der Rehabilitation psychisch Kranker muss man mit völlig anderen Verläufen rechnen: Die chronische Krankheit selbst und, damit verbunden, eine gewisse Anfälligkeit bleiben auch in Phasen der Stabilität bestehen. Das erzeugt Ängste, Krisen, Unsicherheit (auch bei den Betreuenden) und folglich viele Schwankungen der Leistungsfähigkeit. Psychisch Behinderte benötigen flexible, wiederholbare, oft kurzfristige Massnahmen und vor allem ein Durchhalten des Rehabilitationsprozesses über längere Zeit. Das Entweder-oder-System von Eingliederung oder Rente diskriminiert psychisch Kranke, indem ihnen die nötigen Rahmenbedingungen für erfolgreiche Eingliederungsverläufe vorenthalten werden, und begünstigt eine resignative Haltung, die dazu führt, dass Schritte Richtung Autonomie erst gar nicht mehr gewagt werden. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der Entwicklung der IV-Renten: Seit 1986 werden rund 50 000 zusätzliche Renten aus psychischen Gründen gezahlt. Der Anstieg seit 1986 beträgt bei psychisch Kranken rund 200 Prozent und ist hiermit viermal so hoch wie der Anstieg bei allen anderen Ursachen (Abbildung 3).

Ein weiterer zentraler Faktor für die (auch fachliche) Stagnation in der Rehabilitation liegt in der sozial-

versicherungsrechtlich begünstigten Aufspaltung von Krankheits- und Behindertenwesen, die sich heute sogar in der Zuständigkeit unterschiedlicher kantonaler Departemente äussert. Deshalb fehlt in der Psychiatrie das rehabilitative und in der Rehabilitation das psychiatrische Know-how. Um psychisch Kranke wirklich zu fördern, bräuchte es aber beides.

Auf diesen Mangel an Integration mögen Daten aus der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Liestal ein Licht werfen: Zwischen 1998 und 2002 haben dort rund 40 Prozent (636 von 1632) der bei Eintritt noch erwerbstätigen KlinikpatientInnen während ihrer Hospitalisierung die Arbeitsstelle verloren. Hier werden die Folgen eines Systems deutlich, in

dem Strukturen, Angebote und Massnahmen viel stärker durch die versicherungsrechtlichen Regelungen bestimmt werden als durch den Bedarf der KlientInnen.

Beispiel 4: Überforderung an der Peripherie

Die heutige Psychiatrie ist das Resultat umfassender Reformprozesse der letzten Jahrzehnte, welche eine dezentralisierte, wohnortnahe Versorgung in einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen geschaffen haben. Heute zeigen sich aber auch die Nebenwirkungen der Dezentralisierung. Sie zwingen dazu, gesundheitspolitische Grundsätze zu differenzieren.

Ein Versorgungsbereich, der im Kanton Basel-Landschaft den Gemeinden (auf deren Wunsch hin) zugeordnet wurde, ist die Pflege und Betreuung von älteren Menschen. Im Bereich psychisch kranker alter Menschen zeigen sich aber Lücken: In den knapp 30 Alters- und Pflegeheimen leiden rund 40 Prozent (837 von 2104) der BewohnerInnen an einer relevanten psychiatrischen Erkrankung, neben Demenzen sind dies häufig Depressionen und Angst-erkrankungen. Analog zum Eintritt ins somatische Spital ist auch der Heimeintritt eine Chance, diese Menschen spezialisiert zu behandeln. Dies geschieht in den Heimen jedoch sehr selten: Nur etwas mehr als 10 Prozent der psychisch Kran-

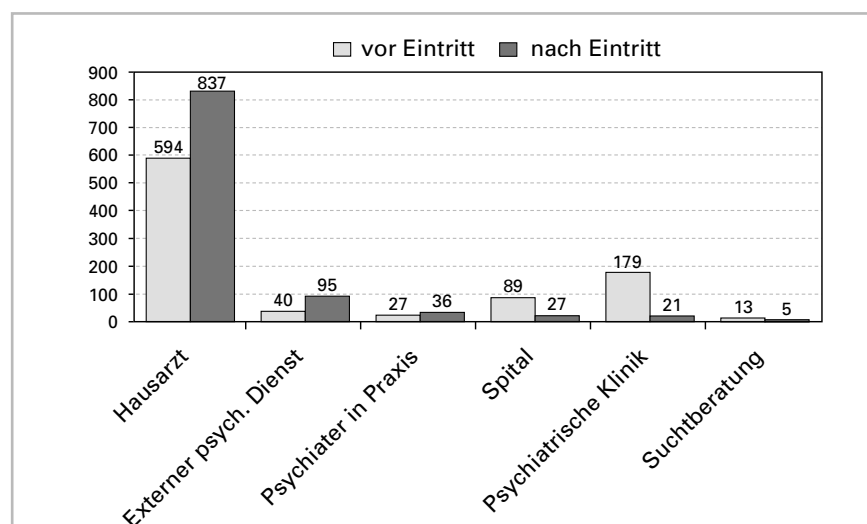


Abbildung 4: Betreuung psychisch kranker BewohnerInnen vor/nach Heimeintritt (n = 837)

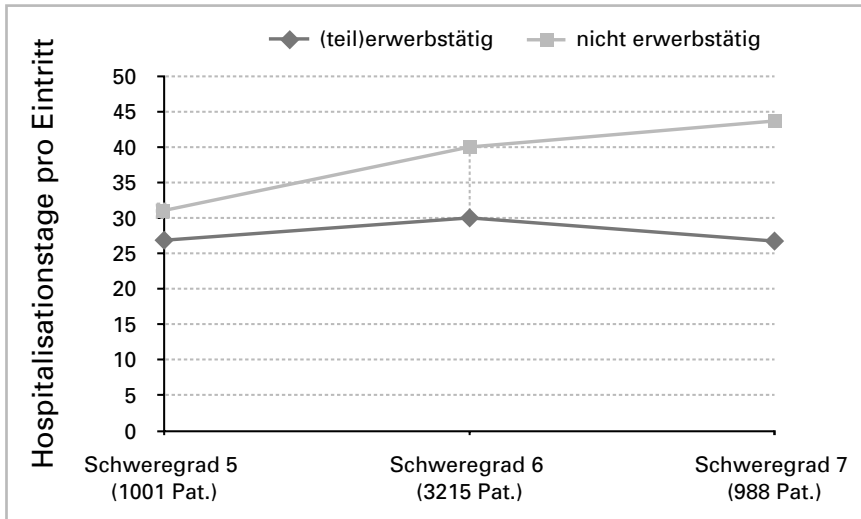


Abbildung 5: Anzahl Hospitalisationstage von Erwerbs- und Nichterwerbstätigen, nach Schweregrad der Erkrankung, 1998–2002 (n = 5102)

ken werden in der psychiatrischen Praxis oder in den ambulanten psychiatrischen Diensten gesehen. Die Betreuung liegt fast ausschliesslich in den Händen der Hausärzte (Abbildung 4).

Die Therapie der Hausärzte ist meist medikamentöser Natur und wirkt etwas unspezifisch: Die Hälfte aller HeimbewohnerInnen (also weit mehr, als überhaupt eine psychiatrische Diagnose erhalten haben) erhalten Neuroleptika und/oder Antidepressiva, 40 Prozent Tranquilizer. Der Psychopharmaka-Verbrauch im Heim hängt vor allem mit dem Anteil motorisch und verbal unruhiger BewohnerInnen zusammen.

Hier zeigen sich – wie in der Rehabilitation und in der Behandlung Alkoholabhängiger – die Grenzen einer ausschliesslich dezentralen Versorgung bei Störungsbildern, deren Behandlung ein spezifisches Wissen voraussetzt. Es ist wichtig, dass auch psychisch kranke Menschen in ihrer Gemeinde alt werden können, aber dafür benötigt die dezentrale Versorgung Unterstützung durch eine spezialisierte Institution.

Beispiel 5: Arbeitssituation und Gesundheitskosten

Ausbruch und Verlauf psychischer Erkrankungen und damit auch die Gesundheitskosten sind meist eng verbunden mit der sozialen und beruflichen Situation. Frührehabilitation und Prävention sind in der

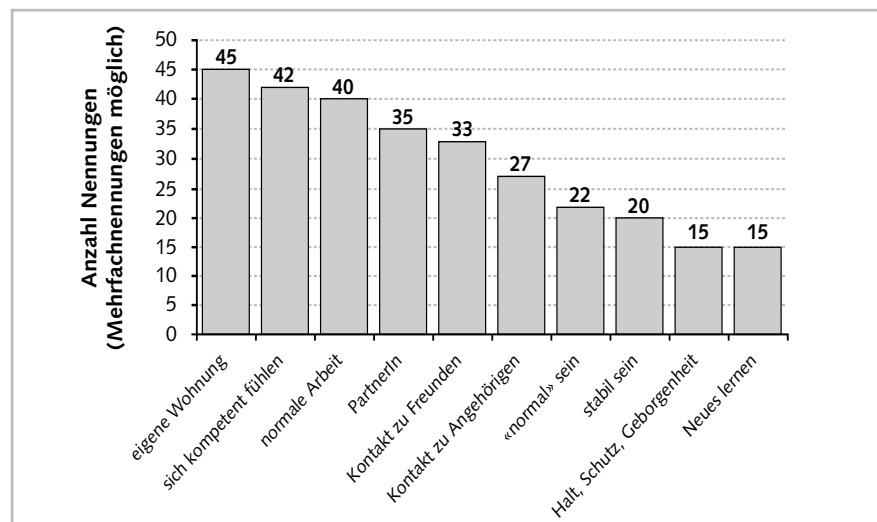


Abbildung 6: Die häufigsten Bedürfnisse von RehabilitationsklientInnen (n = 287)

Psychiatrie zentral, und die psychiatrische Gesundheitsversorgung ist durch ökonomische Entwicklungen (Arbeitsmarkt) besonders herausgefordert.

So hat sich in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik des Kantons Basel-Stadt gezeigt, dass erwerbstätige PsychiatriepatientInnen – unabhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung – deutlich kürzere Hospitalisationsdauern und weniger Klinikeintritte verursachen als Nichterwerbstätige: In jeder der ausgewählten (wichtigsten) Krankheitsgruppen verzeichnen Erwerbstätige durchschnittlich markant kürzere Klinikaufenthalte, in der häufigsten Kategorie mit 3215 PatientInnen beträgt der Unter-

schied 10 Kliniktage (Abbildung 5). Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass Gesundheitskosten nicht isoliert und unabhängig von der sozialen und beruflichen Situation gesehen werden dürfen. Erwerbstätigkeit und generell soziale Integration sind schützende Faktoren, die den Verlauf positiv beeinflussen.

Beispiel 6: Bedürfnisse und Bedarf

Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Bedürfnisorientierung sind zentrale ethische und gesundheitspolitische Postulate. Die Psychiatrie muss sich per definitionem mit dem persönlichen Erleben, der Zufriedenheit und den Bedürfnissen der

PatientInnen auseinandersetzen; sie muss die Frage, wie direkt Bedürfnisse planungsweisend sein sollen, deshalb besonders differenziert beantworten. Die psychiatrische Fähigkeit, Bedürfnisse zuerst zu verstehen und dann zu reagieren, könnte für die gesamte Gesundheitsversorgung künftig noch stärker von Nutzen sein.

In der oben erwähnten Untersuchung von KlientInnen in zwölf rehabilitativen Einrichtungen (siehe Beispiel 3) wurden die Bedürfnisse und die Zufriedenheit der KlientInnen grob erhoben. Hinter Zahlen recht hoher Zufriedenheit steckt bei näherer Betrachtung die Resignation:

Die häufigsten Bedürfnisse der KlientInnen sind durchwegs auf ein «normales» Leben mit Partnerschaft, Arbeit, Freunden und eigener Wohnung gerichtet (Abbildung 6). Dies macht betroffen, wenn man bedenkt, wie wenige in ihrem realen Leben diese Bedürfnisse erfüllen können: Kaum jemand geht einer normalen Arbeit nach, wenige leben in einer Partnerschaft, drei Viertel beteiligen sich nie an gesellschaftlichen Aktivitäten und so weiter. Dennoch äussert sich ein Grossteil ziemlich zufrieden:

Je länger die KlientInnen in der geschützten Einrichtung verbleiben, desto mehr nehmen tendenziell ihre Bedürfnisse ab und ihre Zufriedenheit zu (Abbildung 7). Dies ist kein Alterseffekt, sondern ein psychischer Anpassungsprozess an ein Leben auf tiefem Niveau, an eine Situation, die man sich aus Angst nicht zu ändern traut. Unsere Schlussfolgerung war: Diese «Zufriedenheit» ist resignativ und zeigt ein deutliches Versorgungsproblem. Die (durchaus typischen) Resultate verdeutlichen, wie wenig aussagekräftig globale Zufriedenheits-Statements für eine Gesundheitsplanung sind, wenn sie nicht durch persönliche, qualitativ ausgewertete Gespräche mit den PatientInnen ergänzt werden.

Fazit:

Diese Psychiatrieplanung gibt für die Planung der Gesundheitsversorgung einige generelle Hinweise:

1. Bevor man sich auf bestimmte Massnahmen festlegt, sollte eine gründliche quantitative – und auf Patientenebene auch qualitative – Evaluation der Ist-Situation vorgenommen werden. Es werden fundierte epidemiologische Daten benötigt. Ohne Evaluationen bestimmt die institutionszentrierte Perspektive die Planung.
2. Eine stark dezentralisierte Grundversorgung braucht die Unterstützung von zentralen spezialisierten Einrichtungen, welche die für die Ausbildung, Fachentwicklung und Steuerung notwendige Grösse und das entsprechende Personal einbringen können.
3. Wenig integrierte Versorgungssys-

teme wie die Psychiatrie müssen über eine gute Präsenz in anderen Versorgungssystemen (Allgemeinmedizin, Altersversorgung, Rehabilitation, Sucht-, Kinder- und Jugendhilfe usw.) verfügen, wenn sie allen Bedarfsgruppen gleiche Chancen beim Behandlungszugang eröffnen wollen.

4. Die Fragmentierung der Zuständigkeiten, finanziellen Träger und Regelungen erfordert Überbrück-

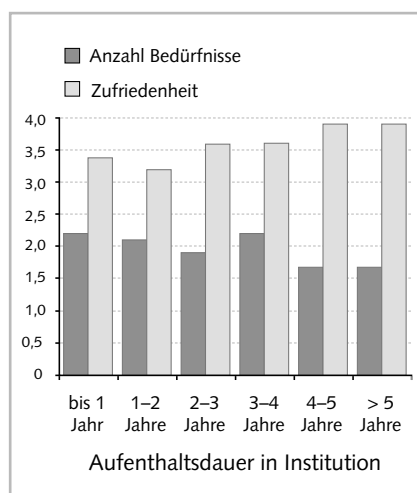


Abbildung 7: Zufriedenheit und Anzahl Bedürfnisse im Verlauf der Institutionalisierung

ungsmassnahmen, zum Beispiel neue, personenzentrierte Finanzierungsmechanismen. Gerade in der Behandlung chronisch kranker Menschen, wo die persönlichen Beziehungen entscheidend sind, müssen Möglichkeiten einer integrierten, flexiblen und kontinuierlichen Behandlung bereitgestellt werden.

5. Gesundheitsplanung muss sich auch mit veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen auseinandersetzen und die Schnittstellen zur Arbeitswelt besonders beachten. Sie muss Massnahmen nicht nur zur Prävention, sondern auch zur Frühintervention und Frührehabilitation bereitstellen.
6. Aus globalen Zufriedenheitserfassungen mit den üblichen «sowjetischen Resultaten» (so ein Patient) von 70 bis 90 Prozent Zufriedenheit werden leicht missbräuchliche Schlussfolgerungen gezogen. Da aber Patientenbe-

dürfnisse und -zufriedenheit als zentrale Kriterien einer adäquaten Gesundheitsversorgung gelten, müssen diese mit der nötigen Sorgfalt und einer Methode eruiert werden, die das Erleben der PatientInnen wirklich erfassen kann. Dann werden sie sich als erkenntnisfördernd und planungsrelevant erweisen.

Autoren:

Dr. phil. Niklas Baer

Akademischer Mitarbeiter, Projektmitarbeiter Psychiatrieplanung BL
Kantonale Psychiatrische Klinik BL
Bientalstrasse 7, 4410 Liestal
Tel. 061-927 71 65
oder: Externe Psychiatrische Dienste BL
Personalhaus, 4101 Bruderholz
Tel. 061-425 45 82
E-Mail: niklas.baer@kpd.ch

Dr. med. Theodor Cahn

Chefarzt Kantonale Psychiatrische Klinik BL,
Leiter Psychiatrieplanung BL
Kantonale Psychiatrische Klinik BL
Bientalstrasse 7, 4410 Liestal
Tel. 061-927 72 72
E-Mail: theodor.cahn@kpd.ch

Literatur:

1. Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept BL. Bericht der Projektkommission. Liestal, 2003 (im Druck). Zu beziehen bei den Autoren dieses Artikels.
2. WHO: The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. WHO, Genf, 2001.
3. Bundesamt für Sozialversicherung (BSV): Invaliditätsstatistik 2002. Bern.