

Psychiatrische Versorgung: Leitlinien für die Reformpraxis

Die Veröffentlichung des Enquêteberichtes 1975 (1) markierte einen Wendepunkt in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland. Erstmals waren die Versorgungsvorstellungen von Experten in einem einheitlichen Konzept niedergelegt worden. Der Versuch, eine umfassende Konzeption zu konkretisieren, erforderte die Kompromißbereitschaft der beteiligten Experten. Dies hatte zur Folge, daß ein Teil der Vorschläge nicht berücksichtigt wurde, weil sie unscharf oder unrealistisch formuliert worden waren. Auch die Über-

tragung von Praxisbeispielen aus dem Ausland oder die modellhafte Erprobung neuer Einrichtungstypen (2, 3) erwies sich erst in einem langsamen Anpassungsprozeß an die rechtlichen, sozialen und politischen Bedingungen als möglich. Darüber hinaus wurde die Entwicklung der Versorgung seit 1975 von nicht vorhersehbaren gesamtgesellschaftlichen Prozessen beeinflußt. Der Beitrag greift die wichtigsten 1975 formulierten Leitlinien auf und analysiert, welcher Entwicklung sie seitdem unterlegen haben.

Wulf Rössler und Hans Joachim Salize

Die Psychiatrie-Enquêtekommission schlug 1975 die Einrichtung von *Standardversorgungsgebieten* vor. Kapazität und Gliederung der psychiatrischen Einrichtungen eines solchen Versorgungsgebietes sollten die Versorgung aller Einwohner sicherstellen. Die Kommission ergänzte diese Forderung durch Anhaltzahlen für das jeweils erforderliche Angebot.

Tatsächlich sind diese Empfehlungen nur in wenigen Regionen annähernd verwirklicht worden. Gründe sind unter anderem darin zu suchen, daß eine exakte Bedarfsermittlung, welche und wieviele Personen behandlungsbedürftig sind, enorm schwierig ist. Die Verwendung standardisierter Erhebungsinstrumente in Feldstudien hat zwar inzwischen zu einer Konvergenz der Angaben über die bevölkerungsbezogene Erkrankungshäufigkeit geführt. Eine unumstrittene Definition, welche dieser seelischen Störungen behandlungsbedürftig sind, ergibt sich daraus jedoch nicht. Heute neigt man im Rahmen eines realistischen Versorgungsansatzes dazu, den Begriff „Behandlungsbedürftigkeit“ auf solche Patienten einzuzugrenzen, denen wir aufgrund unseres Fachwissens auch wirksam Hilfe zu leisten imstande sind (4, 5).

Unter der Voraussetzung, daß es eine angemessene Behandlungsmöglichkeit gibt, bedarf es der Festle-

gung, ob die Behandlung stationär, ambulant oder/und komplementär erfolgen soll. Allerdings gibt es in der Regel nur bei schweren oder eindeutigen Fällen eine relativ objektive Zuordnung, die sich aus dem Krankheitsgeschehen ableiten läßt. Ort und Umfang der Behandlung und Betreuung werden nämlich im allgemeinen durch eine Vielzahl unterschiedlichster Einflußfaktoren modifiziert. Eine Synthese aus wissenschaftlich begründeten Versorgungsmaßnahmen, gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und subjektiven Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung erweist sich als überaus schwierig, wie zuletzt auch die Diskussion über den Bedarf an Psychotherapie gezeigt hat (6).

Damit eine verstärkte Nachfrage nicht zu einer Ausweitung des für notwendig befundenen Angebots führt, greift die Administration regulierend in das Gesundheitswesen ein, indem sie Richtzahlen für die Größe des vorzuhaltenden Angebots gibt. Insbesondere für den stationären Bereich werden in den Krankenhausbedarfsplänen der Bundesländer Bettenmeßziffern festgeschrieben. Im Gegensatz zu ökonomischen Marktmechanismen, innerhalb derer die Nachfrage das Angebot bestimmt, soll in der Krankenhausplanung die Nachfrage durch das Angebot gesteuert werden. Derartige angebotsorientierte Planungstechniken fehlen

jedoch im ambulanten und im komplementären Versorgungssektor (vor Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes).

Insbesondere in der Planung der *komplementären Versorgung* hat sich in den letzten Jahren ein Einstellungswandel vollzogen. Während zu Reformbeginn überwiegend über Zahl und Art der für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen *Versorgungseinrichtungen* diskutiert wurde, hat man inzwischen erkannt, daß eine rein einrichtungsorientierte Diskussion von den patientenbezogenen Versorgungserfordernissen wegführt und die Aufmerksamkeit auf administrative, organisatorische und legislative Probleme lenkt. Die Expertenkommission zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung (2) hat deshalb vorgeschlagen, die regional erforderlichen Versorgungsleistungen zunächst institutionenübergreifend zu definieren und erst in einem zweiten Schritt das erforderliche Versorgungsangebot vorhandenen oder gegebenenfalls neu zu errichtenden Einrichtungen und Diensten zuzuordnen. Die Kommission greift damit eine Entwicklung auf, die bundesweit unter dem Stichwort „Regionalisierung der Planung“ in Gang gekommen ist, wobei dieser Trend jedoch zur Folge hat, daß die regionalen Unterschiede in der außerstationären Versorgung innerhalb Deutschlands zum Teil größer sind

als zwischen einzelnen europäischen Ländern.

Die Versorgung als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Die Enquêtekommission forderte, daß die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin sein müsse. Dies bilde eine unabdingbare Voraussetzung, um die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu verbessern. Gleichwohl hat die Stellungnahme der Enquêtekommission zur Struktur der Krankenhausversorgung psychisch Kranker der Integration der psychiatrischen Versorgung in die medizinische Gesamtversorgung eher entgegengewirkt. Die Kommission war davon ausgegangen, daß – anstelle der sonst üblichen Stufung der Krankenhausversorgung in Regel-, Haupt- und Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung – in der Psychiatrie alle Versorgungsstufen in einer Einrichtung zusammengefaßt werden müssen. Praktisch bedeutete dies, daß psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Richtgröße von rund 200 Betten nur verkleinerte Abbilder der Großkrankenhäuser darstellen sollen. Solchen Abteilungen sollte die Verpflichtung zur Versorgung aller akut und chronisch Kranker einer Region auferlegt werden. Hauptanliegen dieser „Nivellierung“ war es, ein Abschieben unbequemer und schwer zu behandelnder chronisch psychisch Kranker in weiterhin unzureichend ausgestattete psychiatrische Großkrankenhäuser zu verhindern.

Heinz Häfner, Mannheim, hat jedoch bereits 1975 in einem Sondervotum zum Enquêtebericht auch für psychisch Kranke eine gestufte Versorgung gefordert, die dem differenzierten Bedarf an interdisziplinärer und rasch erreichbarer Hilfe gerecht wird (7). Eine Annäherung an diesen Standpunkt war schon bei Kulenkampff, dem ehemaligen Vorsitzenden der Enquêtekommission, Mitte der 80er Jahre zu beobachten (8) und auch in der Folge dem 1988 abgegebenen Votum der Expertenkommission

der Bundesregierung zu entnehmen. Diese Kommission, die auf der Grundlage des „Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung“ Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung abgab, hält zwar prinzipiell an der Einstufigkeit der stationären Versorgung fest, aber andererseits eine „Arbeitsteilung“ zwischen psychiatrischer Abteilung und Landes- bzw. Bezirkskrankenhaus für vertretbar (2). Die Kommission vollzog damit – ohne den formalen Anspruch auf Einstufigkeit aufzugeben – einen Schritt, der bereits Versorgungsrealität geworden war. So ergab eine Umfrage aus dem Jahr 1983, daß etwa 40 Prozent der analysierten 40 psychiatrischen Abteilungen weder über ein definiertes Einzugsgebiet verfügen noch zwangseingewiesene Patienten aufnehmen (9). Da eine einschneidende Änderung dieser Versorgungspraxis in den vergangenen Jahren nicht festzustellen ist – nach einer Umfrage 1991 bei 63 psychiatrischen Abteilungen haben nur 57 Prozent einen umfassenden Versorgungsauftrag übernommen (10) –, wird deutlich, daß ein beachtlicher Teil der psychiatrischen Abteilungen nach wie vor keine Vollversorgung nach dem Prinzip der einstufigen Krankenhausversorgung übernimmt. Aber auch für die psychiatrischen Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser gilt, daß sie dem offiziell vertretenen Anspruch auf Vollversorgung keineswegs gerecht werden, da es ein ganz erheblicher Anteil psychiatrischer Patienten von vornherein vorzieht, sich in Krankenhäusern anderer Disziplinen versorgen zu lassen (11).

Auch die von der Enquêtekommission vorgeschlagene Größe psychiatrischer Abteilungen ist kaum verwirklicht worden. 1991 erreichten lediglich vier psychiatrische Abteilungen die von der Enquêtekommission vorgeschlagene Richtgröße von 200 Betten (10). In den meisten Fällen entstanden Abteilungen mit weniger als 100 Betten, weil größere Abteilungen im Verhältnis zu den nicht-psychiatrischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses überproportioniert wären. In Einzelfällen scheint vor dem Hintergrund eines voll ausgebauten komplementären

Versorgungssektors stationäre Vollversorgung auch mit einer durchschnittlich großen Abteilung möglich (12), jedoch macht die begrenzte Abteilungsgröße die Übernahme der Vollversorgung einer Region schwer möglich oder zumindest ineffektiv.

Unbeschadet von dieser kontrovers geführten Diskussion ist der Aufbau psychiatrischer Abteilungen eine in der internationalen Versorgungsdiskussion weiterhin nachdrücklich gestellte Forderung. Hierfür spricht auch, daß bei dem wachsenden Anteil alter Menschen in der Gesamtbevölkerung eine zunehmende Zahl von älteren Patienten sowohl unter körperlichen wie auch unter seelischen Störungen leidet. Darüber hinaus besteht auch weitgehend Einigkeit, daß die psychiatrische *Notfallversorgung* am effektivsten von *psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern* sichergestellt werden kann. Eine solche Integration der stationären psychiatrischen Versorgung in die allgemeine stationäre Versorgung ist aber nicht nur von Nutzen für die psychiatrische Versorgung, sondern qualifiziert auch die körpermedizinische stationäre Behandlung. Viele internationale Studien haben die große Zahl teils unentdeckter, teils unbehandelter Patienten mit psychischen Störungen in Allgemeinkrankenhäusern offengelegt (13).

Ambulante psychiatrische Versorgung

Der Gedanke der Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Gesundheitsversorgung beschränkt sich nicht nur auf die *Krankenhausversorgung*. Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im ambulanten Sektor ist ebenfalls auf die Angleichung an die allgemeinen Versorgungsstrukturen angewiesen. Im Grundsatz bedeutet dies die ambulante psychiatrische Versorgung durch *niedergelassene Ärzte*. Die Forderung nach der Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker beinhaltet auch das Recht psychisch Kranker und Behinderter, nur im Sonderfall in Spezial-einrichtungen, zum Beispiel ärztlich

geleiteten sozial-psychiatrischen Diensten, behandelt zu werden. Die Notwendigkeit hierzu ist von Experten bisher überschätzt worden. Es gibt deutliche Hinweise, daß in ärztlich gut versorgten Regionen die medizinisch-psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte durchaus zufriedenstellend ist, auch was sogenannte Problempatienten anbelangt (14).

Koordination und Zusammenarbeit

Die Enquêtekommission ging davon aus, daß die Koordination und Zusammenarbeit der Einrichtungen auf der Ebene der Kommunen und Kreise garantiert werden müsse. Kooperation und Koordination seien vor allen Dingen erforderlich, um Fehlplatzierungen zu vermeiden, Doppel- und Mehrfachbetreuung zu verhindern, die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen und Lücken im Versorgungssystem zu schließen. Hierzu ist insbesondere in der außerstationären Versorgung eine nicht erwartete Entwicklung in Gang gekommen. Unter den Stichworten „Individualisierung“ und „Flexibilisierung“ sind in den letzten 15 Jahren viele kleindimensionierte Versorgungseinrichtungen entstanden, weil individualpsychologische Versorgungsansprüche (u. a. im Hinblick auf die Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen) gegenüber organisatorischen und administrativen Versorgungsüberlegungen viel mehr Raum gewonnen haben (15). So haben eigene Analysen gezeigt, daß die von der Enquêtekommission vorgegebene Operationalisierung des Begriffes Gemeindefähigkeit, der Erreichbarkeit von Institutionen mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb einer Stunde, sich in der Versorgungsrealität nicht bewährt. Für die meisten Versorgungseinrichtungen gilt, daß Patienten Anfahrtswege nicht in Kauf nehmen, die eine halbe Stunde deutlich überschreiten (3, 16).

Die Aufteilung des Versorgungsangebots auf viele kleine Einrichtungen hat aber anstelle von Flexibilisierung und Individualisierung häufig planloses Nebeneinander,

Fehl-, Unter- oder Überbetreuung mit sich gebracht. Ein neuer Ansatz, um den Folgen dieser fragmentierten Versorgung beizukommen, ist unter dem Begriff „Case Management“ bekannt geworden. „Case Management“ soll brachliegende Ressourcen in der außerstationären Versorgung erschließen und miteinander verknüpfen (17). Wenngleich „Case Management“ zum Beispiel in den USA weitgehend institutionalisiert (18) und in Großbritannien Teil der offiziellen Regierungspolitik geworden ist (19), sind die empirischen Überprüfungen der Effektivität von „Case Management“ bisher ohne eindeutiges Ergebnis geblieben (20). Insbesondere konnte nicht belegt werden, daß „Case Management“ stationäre Aufenthalte verhindern kann (21). Gleichwohl gewinnt das Konzept „Case Management“ auch in Deutschland an Bedeutung (2, 16).

Gemeindefähige Versorgung

Mehr als alle anderen Konzepte steht „gemeindefähige Versorgung“ für die Notwendigkeit psychiatrischer Reformen. So hat auch die Enquêtekommission 1975 argumentiert, daß psychiatrische Behandlung erfolgreich nur im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen sein kann. Daß die oben beschriebene Entwicklung (Integration in die allgemeinen Versorgungsstrukturen und gemeindefähige Flexibilisierung und Individualisierung der Versorgung) in Gang gekommen ist, steht im Zusammenhang mit einem Wertewandel in der psychiatrischen Versorgung. Die Überlegungen, wie behinderten psychisch Kranken dazu verholfen werden kann, ein Leben so normal wie möglich zu führen, ist unter dem Stichwort „Normalisierung der Hilfen“ bekannt geworden (22). Normalisierende Hilfen betreffen unter anderem die Bereiche Arbeit, Wohnen, Freizeit und Kommunikation und sind darauf gerichtet, einen der Normalbevölkerung angepaßten Rhythmus von Arbeit und Freizeit, Wachen und Schlafen zu finden (2). Die zuvor genannte „administrative“ Operationalisierung der Enquête-

kommission für die Durchsetzung des Konzeptes gemeindefähige Versorgung ist also in zweifacher Hinsicht zu korrigieren: Sie betrifft nicht nur die Größe eines Versorgungsgebietes, sondern richtet sich inzwischen wesentlich auf die Qualität der Integration in die Gemeinde.

Wertewandel und gesellschaftlicher Wandel

Der Wertewandel in der psychiatrischen Versorgung kann nicht getrennt vom gesellschaftlichen Wandel betrachtet werden. In den letzten zwanzig Jahren hat die Stellung des Individuums in der Gesellschaft eine enorme Aufwertung erfahren, und seine Rechtsposition ist deutlich verbessert. Dies findet auch seinen Niederschlag in der Gesetzgebung zur zwangsweisen Behandlung und zur Entmündigung psychisch Kranker: Während vor zwei bis drei Dekaden noch ordnungspolitische Leitgedanken die Gesetze der meisten Länder bestimmten, ist heute das Recht des Individuums auf Behandlung gegenüber den Schutzbedürfnissen der Gesellschaft in den Gesetzestexten der meisten Länder weit in den Vordergrund gerückt (23). Mit zu dieser Entwicklung beigetragen hat natürlich auch das Aufkommen der Selbsthilfebewegung. Aber auch die Selbsthilfebewegung in der Psychiatrie ist nicht gesondert von der allgemeingesellschaftlichen Entwicklung der Bürgerbeteiligung zu betrachten.

Deutsches Ärzteblatt

90 (1993) A₁-2526-2528 [Heft 39]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Literatur beim Verfasser.

Anschrift für die Verfasser:

Privat-Dozent
Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler
Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit
Psychiatrische Klinik
J5, Postfach 12 21 20
68159 Mannheim