

Psychotherapeutische Gemeindepsychiatrie

Was wir von der bedürfnisangepassten Behandlung übernehmen könnten

Von Nils Greve und Volkmar Aderhold

In der letzten Ausgabe der PSU (3/2007) haben wir den skandinavischen Ansatz der bedürfnisangepassten Behandlung von Psychosen dargestellt, der gegenüber der bei uns üblichen Behandlung wesentlich weniger Krankenhaustage und Neuroleptika benötigt und gleichzeitig zu besseren Behandlungsergebnissen führt, wie die vorliegenden Evaluationsstudien zeigen. In diesem Heft wollen wir daran anschließend den Stand und die Möglichkeiten der Einführung bedürfnisangepasster Behandlung in Deutschland erörtern.

»Goldstandards«

Verantwortlich für die deutliche Überlegenheit des Ansatzes dürften die konsequente psychotherapeutisch-systemische Ausrichtung und die sehr weit gehende, flexibel und niederschwellig gehandhabte Ambulantisierung der Behandlung sein. Hinzu kommt die – in Skandinavien sehr erleichterte – Integration aller Hilfearten. Besondere Aufmerksamkeit verdienen außerdem der in West-Lappland entwickelte, inzwischen in etlichen Regionen übernommene besonders hilfreiche Gesprächsform des »Offenen Dialogs« als sowie die im schwedischen »Fallschirm«-Projekt als Alternative zur Krankenhausstation eingeführten Krisenwohnungen.

Demnach würden zu einer Einführung der bedürfnisangepassten Behandlung hier zu Lande folgende Schritte gehören:

- eine Umsteuerung der Ressourcen von (teil-)stationären zu intensiven, entsprechend gut auszustattenden ambulanten Hilfen (mobilen Teams);
- eine modulförmige Organisation aller übrigen Hilfen;
- eine möglichst weit gehende Regionalisierung aller Hilfen;
- eine Finanzierung integrierter Hilfen und eine Zusammenführung aller Hilfearten zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden;
- eine psychotherapeutischer Konzipierung der Hilfen;
- eine intensive psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung aller beteiligten professionellen Helfer sowie

■ eine wissenschaftliche Begleitung zur Überprüfung der skandinavischen Evaluationsbefunde.

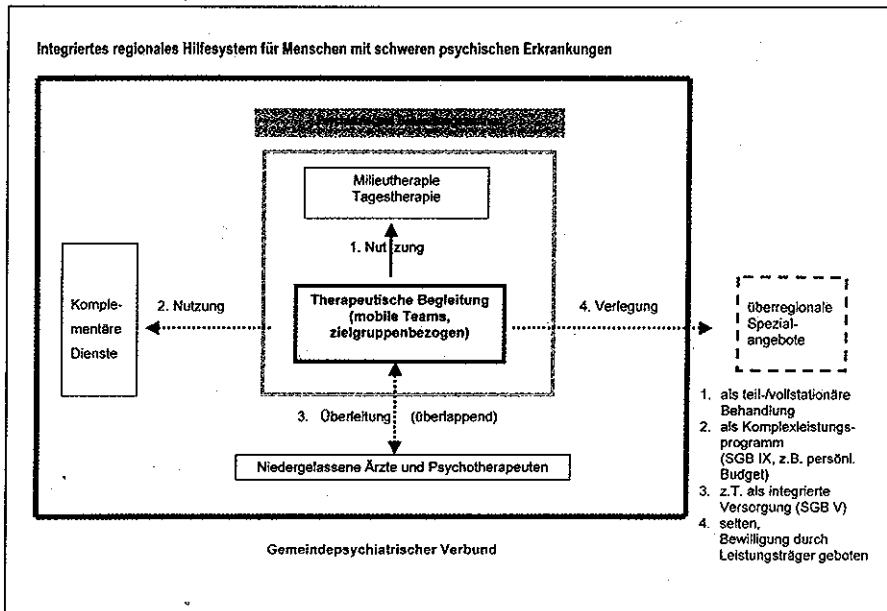
Zwar sind nach unserer Kenntnis in keiner Versorgungsregion alle genannten Schritte realisiert, aber für die meisten davon gibt es mittlerweile Beispiele in Deutschland, die sich für eine Fortentwicklung eignen würden.

Ambulantisierung und Mobilisierung

Bedürfnisangepasste Behandlung wird im Kern durch kleine, multiprofessionelle mobile Teams geleistet. Sie organisieren die Therapieversammlungen zu Beginn und während der gesamten Behandlung, sie gewährleisten die persönliche Kontinuität und sind für den »Fall« während der gesamten Behandlungsdauer verantwortlich. Alle übrigen Hilfen werden je

der Größenordnung eines stationären Behandlungstages! – bedarf sie der Finanzierung durch Krankenkassen (und ggf. ergänzende Leistungsträger) weit über den bisher üblichen Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanzen hinaus. Ansätze hierzu bot bisher schon die »Krankenhausbehandlung zuhause« (Home Treatment) zu stationären oder teilstationären Tagessätzen, die in unterschiedlichen Versionen in Hamburg (Universitätspsychiatrie), Frankfurt/Main (Bamberger Hof), Krefeld (Alexianer-Krankenhaus), Bielefeld (Bethel) und Günzburg (Bezirkskrankenhaus) angeboten wird. Neuerdings hat die Universitätspsychiatrie in Hamburg-Eppendorf einen Vertrag der Integrierten Versorgung mit einigen Kassen abgeschlossen, der die vollständige Integration intensiver ambulanter Behandlung mit allen übrigen kassenfinanzierten Hilfeformen auf der Finanzierungsbasis von Jahres-Fallpauschalen ermöglicht.

Zu Integration der kassenfinanzierten Behandlungsleistungen wäre eine Refinanzierung als »intermittierende tagesklinische Behandlung im häuslichen Milieu« mit einem Tagessatz von ca. 180 Euro für den Tag der Intervention ausreichend. Es gibt Tageskliniken in Deutschland, die mit Tagessätzen in dieser Höhe refinanziert werden. Bei niedrigeren Pflegesätzen könn-



nach dem individuellen Bedarf und der momentanen Situation als ergänzende Module eingesetzt. Die hierfür erforderliche Umstrukturierung der regionalen Versorgung hat Peter Kruckenberg in dem obigen Schaubild dargestellt.

Da die therapeutische Begleitung durch mobile Teams aufwändig ist – schon ein Hausbesuch von zwei Stunden Dauer durch zwei Personen verursacht Kosten in

ten evtl. Zulagen für Wegezeiten vereinbart werden. Die intermittierende Abrechnung macht diese Intervention durchschnittlich preiswerter als eine tagesklinische Behandlung. Durch Vermeidung von stationären und teilstationären Behandlungen würde sie insgesamt zu Ersparnissen führen. Mit einem Absinken der Belegung wäre dann aber zu rechnen.

Einen weiteren Zugang zu niederschwel-

ligen ambulanten Soforthilfen stellen die nur in wenigen Regionen vorhandenen psychiatrischen oder psychosozialen Krisendienste dar (z. B. in Solingen, Bielefeld, Berlin und Wuppertal). Sie bieten in der Regel rund um die Uhr oder außerhalb der »Bürozeiten« telefonische und aufsuchende Soforthilfe an, verfügen allerdings nicht über ärztliche und therapeutische Behandlungsmöglichkeiten und haben nur zum Teil unmittelbare Verbindung zum regionalen Hilfenetz. Krisenbetten im Sinne des schwedischen Modells bieten neben dem Solinger Krisendienst auch die Soteria-Wohngemeinschaften in Zwiefalten und München.

Regionale Verfügbarkeit aller Hilfen

Während in den meisten Regionen die aus Klinik-sicht so genannten, sozialhilfefinanzierten »komplementären Hilfen« kleinräumig organisiert sind, gilt dies weit weniger für Hilfen aus den Bereichen Behandlung und Rehabilitation. Ambulante Standardbehandlung durch niedergelassene Fachärzte wird vielerorts nur mit einer geringen Intensität und einem auf Medikamente und Kurzberatungen eingeeengten Leistungsspektrum angeboten, ambulante Psychotherapie ist für Menschen mit psychotischen Störungen nach wie vor nicht als Regelbehandlung erreichbar.

Intensive Behandlung, in Deutschland Sache der Fachkrankenhäuser und Krankenhaus-Fachabteilungen, ist auch nach dreißig Jahren Psychiatriereform nicht überall »gemeindenah« verfügbar, und daher in regionale Versorgungsstrukturen kaum einzubeziehen.

Unverkennbar nehmen aber die Bemühungen zu, intensive Krankenhausbehandlung näher an die Lebensräume der Patienten und an regionale Hilfestrukturen heranzuführen und dort einzubetten. Zu nennen wären etwa die zunehmende Zahl psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie die Dezentralisierung von Tageskliniken und Institutsambulanzen durch große Fachkrankenhäuser, außerdem die ersten Ansätze zu aufsuchender Behandlung durch das so genannte »Home Treatment«.

Rehabilitation ist dagegen nur in wenigen Regionen vor Ort verfügbar, obwohl die RPK-Richtlinien seit zwei Jahren die Einrichtung kleinräumiger, ambulanter Reha-Angebote vor Ort erlauben würden. Da die skandinavischen Regionen stark rehabilitativ ausgerichtet sind, wäre es wünschenswert, diese Versorgungslücke zu schließen.



Personenzentrierte Integration

Um ähnlich wie in den skandinavischen Vorbildern alle erforderlichen Hilfen »aus einer Hand« anbieten zu können, sind unverkennbar große strukturelle Hürden zu überwinden. Sowohl sozialrechtliche als auch institutionelle Aufsplitterungen der psychiatrischen Landschaft begünstigen hier zu Lande eine »institutionszentrierte« und kostenträgergerechte Konzeption jeweils einzelner Hilfen.

Immerhin sind die sozialrechtlichen Voraussetzungen für integrierte Hilfen in den letzten Jahren deutlich besser geworden. Dadurch ist der Weg frei geworden für eine bunte Vielfalt von Projekten, die wenigstens einen Teil psychiatrischer Hilfen integrieren. So werden beispielsweise regionale Gesamtbudgets erprobt, im Kreis Steinburg für Behandlungsleistungen oder in Rostock für Leistungen der Eingliederungshilfe. Auch einige der bisher in der Psychiatrie spärlichen Modelle der integrierten Versorgung bieten neue strukturelle Ansatzpunkte, etwa in Mainz (Netz für seelische Gesundheit) oder in Bremen (Rückzugsräume).

Das persönliche Budget, das im kommenden Jahr eine sozialrechtliche Pflichtleistung werden wird, könnte sich für eine Anpassung der Hilfen an individuelle Bedürfnisse ebenfalls eignen. Es ist allerdings bisher kaum eingeführt und unseres Wis-

sens noch nirgends kostenträgerübergreifend erprobt worden.

Eine Öffnung für integrierte Behandlungsansätze sollte ein Ziel der laufenden Diskussion zur Fortentwicklung der Finanzierung psychiatrischer Krankenhausleistungen sein (Novellierung der Psychiatrie-Personalverordnung).

Die institutionszentrierte Zersplitterung der Leistungserbringer ist durch die nahezu flächendeckende Einführung personenzentrierter Hilfeplanung in Bewegung geraten. Angesehen davon, dass bisher praktisch nur Leistungen der Eingliederungshilfe mit diesem Verfahren erfasst sind, also von »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplänen« noch nicht die Rede sein kann, unterscheidet sich der Ansatz auch grundlegend von einer Planung bedürfnisangepasster Behandlung nach skandinavischem Vorbild – hier die Ermittlung von »Bedarfen« und die Planung von Maßnahmen in Hilfeplangesprächen und -konferenzen, dort der fortlaufende, ergebnisoffene, um psychotherapeutisches Verstehen bemühte Dialog aller Beteiligten in den »Therapieversammlungen«.

Immerhin sind sich die an Hilfeplanungen beteiligten Leistungserbringer wohl überall deutlich näher gekommen, so dass sich dadurch die Voraussetzungen einer wirklichen Integration aller Hilfen verbessern. Das zeigt sich unter anderem in der

Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände, die sich die Verwirklichung dieser Konzeption zum Ziel gesetzt hat.

.....
**Psychotherapeutische Konzepte
 und Krisenperspektive**

Wie wir im vorigen Artikel ausführlich dargestellt haben, liegt dem bedürfnisan-
 gepassten Behandlungsansatz die Vor-
 stellung akuter Psychosen als Reaktion
 auf ungelöste Lebens- und Beziehungs-
 probleme zu Grunde, ähnlich wie dem
 Soteria-Konzept. Die klassische »Krank-
 heitperspektive« wird also ersetzt
 durch eine »Krisenperspektive«: Be-
 handlung akuter Psychosen ist Unter-
 stützung von Menschen (Patienten
 und Angehörigen) in schweren Krisen-
 situationen. Diese gilt es zu verstehen,
 und aus diesem Verständnis leiten sich
 die im Einzelfall hilfreichen Schritte
 der Behandlung und Begleitung ab.

Gegenüber den üblichen medizini-
 schen und sozialarbeiterischen Konzep-
 tionen psychiatrischer Versorgung be-
 deutet dieses psychotherapeutische Kri-
 senverständnis ein erhebliches Umden-
 ken. Nicht die Symptomatik oder der
 lebensweltbezogene Unterstützungsbe-
 darf sind primäre Ausgangspunkte der
 Hilfen, sondern persönliche Bedürfnisse
 der an der Krise Beteiligten sowie die
 ihnen zu Grunde liegenden Lebenspro-
 bleme oder aktuellen Konflikte und Ere-
 ignisse. Medizinische Behandlung, Re-
 habilitation, Eingliederungshilfe usw.
 sind zwar integrale Bestandteile der ge-
 samten Hilfe, sie sind aber in dem Sin-
 ne nachrangig, dass sie als ergänzende
 Module eingesetzt werden und nicht zum
 Selbstzweck werden. Das verändert beson-
 ders deutlich den Umgang mit antipsy-
 chotischen Medikamenten, die nur noch
 in einem kleineren Teil der psychotischen
 Situationen verordnet werden.

Psychotherapie als eigenes Handlungs-
 verfahren kommt regelhaft den Patienten
 und ihren Angehörigen zugute, sie stand
 am Beginn der Entwicklung des bedürfnis-
 angepassten Ansatzes in Turku durch Yr-
 jö Alanen. Auch hierin sehen wir einen er-
 heblichen Unterschied zur deutschen Wirk-
 lichkeit, in der zwar geeignete Verfahren
 inzwischen von allen psychotherapeuti-
 schen Schulen entwickelt wurden, aber
 den meisten Menschen mit Psychosepro-
 blemen in der Praxis nicht zugänglich
 sind.

Die Verbindung der konsequenten Ein-
 beziehung des sozialen Netzwerks in The-
 rapieversammlungen durch die mobilen

Psychoseteams mit Psychotherapie als
 wichtigstem Behandlungselement scheint
 vor allem bei Ersterkrankten bereits für ei-
 nen großen Teil der überlegenen Behand-
 lungsergebnisse verantwortlich zu sein.

.....
**Psychotherapeutische Qualifizierung
 aller Mitarbeiter**

Neben der Entwicklung psychotherapeu-
 tisch-systemischer Konzeptionen ist so-
 mit die Einbeziehung entsprechend qua-
 lifizierter Psychotherapeuten in den Be-



handlungsverbund erforderlich. Außer-
 dem bedarf es einer umfassenden Fort-
 und Weiterbildung für alle professionel-
 len Helfer, die am Behandlungsgesche-
 hen, insbesondere an den mobilen Teams
 und den Therapieversammlungen, betei-
 ligt sind. Als »Goldstandard« sehen wir
 die Region West-Lappland, in der alle
 Mitarbeiter eine dreijährige Weiterbildung
 zu voll qualifizierten Psychotherapeuten
 absolviert haben.

In Deutschland gab und gibt es einige
 Vorbilder für entsprechende Fort- und
 Weiterbildungsmaßnahmen. Neben den
 Angeboten psychotherapeutischer Institu-
 te in »therapeutischer Gesprächsführung«
 für Nicht-Akademiker existieren bereits ei-
 nige Curricula, die unmittelbar auf Be-
 schäftigte psychiatrischer Einrichtungen
 abzielen und zumindest Grundlagen ver-
 mitteln sollen. Uns sind entsprechende
 Projekte aus Hamburg, Hannover, Nauen,

Günzburg, Solingen/Langenfeld sowie
 neuerdings ein bundesweites Angebot der
 DGSP bekannt.

Auf der Grundlage dieser Qualifizierung
 gilt es sodann, eine therapeutische Kultur
 der Beziehungen zwischen Patienten und
 Angehörigen einerseits und Helferteams
 andererseits zu entwickeln, also den
 Transfer psychotherapeutischer Konzepte
 und Weiterbildungen in den Arbeitsalltag
 zu gewährleisten (durch Fallbesprechun-
 gen, Supervision usw.)

Eine Modellvorstellung der psychothe-
 rapeutisch-systemischen Arbeit mit
 ersterkrankten Psychosepatienten bie-
 tet das Präventions- und Therapiezen-
 trum Nienhof in Gelsenkirchen.

.....
Bausteine nutzen und verbinden

Bisher konnte in keiner deutschen
 Versorgungsregion bedürfnisangepas-
 ste Behandlung im umfassenden Sinne
 verwirklicht werden, eine Zusammen-
 führung der genannten strukturellen,
 ökonomischen, konzeptionellen und
 qualifizierenden Bausteine steht aus.
 Die Vision wäre ein Gemeindepsychi-
 atrischer Verbund aus allen Hilfear-
 ten mit einer ganzheitlichen Finan-
 zierung, mobilen Kleinteams im Zen-
 trum der Angebote, jederzeitiger nie-
 derschwelliger Erreichbarkeit, einem
 therapeutisch-systemischen Grund-
 konzept und umfassender Qualifizie-
 rung und Supervision aller Mitarbei-
 ter.

Angesichts der vielfältigen, für die-
 sen Ansatz nutzbar zu machenden
 Modellprojekte bieten sich in nächster
 Zeit aber durchaus Möglichkeiten, eine

an das skandinavische Modell zumindest
 angenäherte bedürfnisangepasste Behan-
 lung für Menschen mit Psychosen und ih-
 re Angehörigen in Deutschland aufzuba-
 uen – vermutlich in vielen kleinen Schrit-
 ten und zunächst in solchen Regionen,
 die zumindest über einen Teil der erforder-
 lichen Bausteine verfügen. Sie sollte ähn-
 lich wie in den nordischen Ländern mög-
 lichst Teil der Regelversorgung sein, um
 nicht nach modellfinanzierten Anschub-
 zeiten geschlossen zu werden. Erforderlich
 und hilfreich wäre ein multizentrischer
 Benchmarking-Prozess mit evaluativer Be-
 gleitforschung, wünschenswert ein deutsch-
 landweites Netzwerk, das an die jährlich
 stattfindenden nordeuropäischen Netz-
 werktreffen zum Need Adapted Treatment
 anknüpfen könnte. ■ ■ ■

.....
 Kontakt für Interessenten: v.aderhold@gmx.de,
 nils.greve@ptv-solingen.de