

Mitteilungen des Arbeitskreises der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)

Verantwortlich für diese Rubrik: Karl H. Beine, Hamm

Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie – Positionspapier 2008

Für den Arbeitskreis:

Prof. Dr. K. H. Beine, Prof. Dr. A. Deister, Dr. M. Heissler, Dr. A. Küthmann, Dr. I. Munk, Dr. B. Wilms, Dr. D. Zedlick, Prof. Dr. J. Zeiler

1 Präambel

Im Jahr 2000 hat unser Arbeitskreis sein erstes Positionspapier vorgelegt. Seitdem ist das Gesundheitswesen und damit auch das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem deutlichen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Veränderungsprozessen ausgesetzt:

- ▶ Spätestens mit der Agenda 2010 wurde der Umbau des Sozialstaates eingeleitet mit den Folgen weitreichender Deregulierung sozialer Sicherungssysteme und der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens einschließlich der forcierten Privatisierung der Krankenhäuser.
- ▶ Die Einführung der DRGs zur Vergütung der Krankenhausbehandlung in der Somatik hat einen Trend zur Spezialisierung und zur überregionalen Zentrenbildung eingeleitet. Diese allgemeine Entwicklung in der Krankenhauslandschaft ist gegenläufig zum fachlich gebotenen Ausbau der gemeindenahen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern, die einer beziehungsorientierten Arbeit verpflichtet sind.
- ▶ Seit 1993 sind die Krankenhausbudgets de facto „gedeckt“. Dies hat zu einer deutlichen Verschlechterung der Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie geführt. Die seit 1991 in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) verbindlich festgeschriebenen Qualitätsstandards werden flächendeckend schon seit Jahren nicht mehr eingehalten.

Die Dominanz ökonomischer Belange lässt die fachliche Auseinandersetzung um eine angemessene klinische Versorgung psychisch kranker Menschen in den

Hintergrund treten. Z.B. existieren ganz im Sinne der Beliebigkeit einer Parallelgesellschaft ohne Diskurs nebeneinander

- ▶ unterschiedlich große Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und unterschiedlich große solitäre Fachkrankenhäuser
- ▶ Kliniken in der Regel- und Pflichtversorgung, die ausschließlich mit offenen Stationen arbeiten und solche, die geschlossene – neudeutsch geschützte – Stationen für notwendig halten
- ▶ Kliniken, die auf Spezialstationen setzen und solche, die bewusst darauf verzichten
- ▶ Kliniken, die dem Beziehungsaspekt Priorität geben und unter Wahrung der personellen Kontinuität integrativ ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlung durchführen und solche, die das Prinzip der Trennung von ambulanter, tagesklinischer und stationärer Diagnostik und Therapie favorisieren.

Aber der Schein einer intakten, differenzierten Versorgungslandschaft trägt. Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken mit vielen hundert Betten und Pflichtversorgungsgebiete von bis zu einer Million Bürgerinnen und Bürger, unter- bzw. überversorgte Patientengruppen und personelle Engpässe sind Beleg dafür, dass die Psychiatriereform neuen Schwung braucht.

In dieser Situation sieht sich unser Arbeitskreis verpflichtet, mit einem aktualisierten Positionspapier* den eigenen Standpunkt und die eigene Perspektive zu verdeutlichen.

ACKPA vertritt ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis. In Diagnostik und Therapie geht es um den ganzen Menschen, um die komplexen seelisch-körperlichen und körperlich-seelischen

Wechselwirkungen. Psychische Erkrankungen lassen sich nicht auf ein Organ oder ein Organsystem, etwa das Gehirn, reduzieren. Sie betreffen die ganze Person, in allen Facetten ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Existenz. Für die Therapie gilt: Es ist eine individuell zugeschnittene Kombination aus somato-, sozio- und psychotherapeutischen Verfahren erforderlich.

ACKPA sieht sich einer subjekt- und beziehungsorientierten Behandlung verpflichtet. Dies erfordert vernetzte Strukturen, die geprägt sind von den Bedürfnissen psychisch Kranker und ihrer Angehörigen. Diese Strukturen müssen die Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker gewährleisten, gemeindenah, bedarfsgerecht und umfassend sein. Sie müssen den Verbleib und die Wiedereingliederung der Patienten in die Gemeinde fördern, kontinuierliche therapeutische Beziehungen erleichtern und der Stigmatisierung entgegenwirken. Schließlich gilt es, die starren Grenzen zwischen ambulanter, tagesklinischer und stationärer Behandlung zu überwinden und so eine bessere Beziehungskontinuität zu erreichen. Diese Voraussetzungen werden am ehesten von psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern mit einem überschaubaren Pflichtversorgungsgebiet erfüllt.

2 Wofür ACKPA steht

2.1 Psychiatrie und Psychotherapie als Teil der klinischen Medizin

Ein wesentliches Ziel der Psychiatriereform war die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken. Dieses Ziel wird im Hinblick auf die Behandlung in und durch Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie nur dann erreicht, wenn alle Patienten das Krankenhaus „durch die gleiche Tür“ betreten und unter „dem gleichen Dach“ des Allgemeinkrankenhauses behandelt werden. Psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern erfüllen in der Regel diese Voraussetzungen und sind in-

* Die Aktualisierung nimmt ausdrücklich Bezug auf: Auerbach P, Bauer M, Fähndrich E, Moorkamp H, Waldmann KD, Werner W, Wildermuth G, Zedlick D. Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie – Positionspapier. Beilage zu Psychiat Prax 2000; 27, 2: 2 – 11

tegraler Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems vor Ort. Psychische Krankheiten treten häufig gleichzeitig auf mit einer behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung. Diese Multimorbidität nimmt nachweislich im Alter zu. Schon deshalb sind psychisch Kranke auch auf die kompetente Diagnostik und Behandlung durch andere medizinische Disziplinen angewiesen. Es ist unstrittig, dass dies patientenfreundlicher, leichter und schneller sicherzustellen ist, wo die internistische, chirurgische, gynäkologische oder sonstige somatische Kompetenz und eine entsprechende medizinisch-technische Ausstattung in fußläufiger Entfernung vorhanden ist. Dies gilt erst recht für Notfallsituationen, die nur durch schnelle und kompetente intensivmedizinische Behandlung erfolgreich beherrscht werden können, wie z.B. ein akuter Herzstillstand, Kreislaufversagen unterschiedlicher Genese mit Notwendigkeit zur Reanimation oder Beatmung. Umgekehrt gilt dies auch für die Behandlung in Krisen und Notfallsituationen, in denen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfestellungen schnell verfügbar sein müssen. So kommen Patienten mit Intoxikationen, Delirien unterschiedlicher Ätiologie, körperlich bedingten psychischen Störungen oder Patienten nach Suizidversuchen häufig primär in die Notaufnahme des Allgemeinkrankenhauses. Dann benötigen sie kurzfristig psychiatrisch-psychotherapeutische Mitbehandlung. In vielen Studien wurde belegt, dass die Körpermedizin psychische Facetten bei Entstehung und Therapie körperlicher Erkrankungen zu wenig berücksichtigt. Die kompetente und schnelle körpermedizinische (Mit-)Behandlung psychisch Kranker und die psychiatrisch-psychotherapeutische (Mit-)Behandlung körperlich kranker Personen lassen sich sehr viel besser sicherstellen, wenn alle wichtigen medizinischen Disziplinen „unter einem Dach“ vorhanden sind. Der dringend notwendige Ausbau der Konsiliar- und Liaisondienste wird nur unter diesen Bedingungen möglich. Wenn der alltägliche Kontakt zwischen den psychiatrisch-psychotherapeutisch Tätigen eines Krankenhauses und den Mitarbeitern der anderen medizinischen Disziplinen eine beiläufige Selbstverständlichkeit wird, dann lassen sich ganzheitliche Betrachtung menschlicher Erkrankungen wie auch umfassende Diagnostik und Therapie wesentlich leichter realisieren. ACKPA ist daher der Auffassung, dass Psychiatrie und Psychotherapie konstitutiver Bestandteil der klinischen Medizin vor Ort sein müssen.

2.2 Gemeindenähe

Unverändert besteht die Notwendigkeit des Auf- und Ausbaus einer gemeindenahen Versorgung und deren Einbettung in die Kommune als zwingende Voraussetzung für eine subjekt- und beziehungsorientierte Versorgung psychisch Kranker. Das Fundament hierfür ist die regionale Regel- und Pflichtversorgung für alle psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. Entscheidend für die Gemeindenähe sind die überschaubare und verbindliche Begrenzung des Versorgungsgebietes und die unkomplizierte Erreichbarkeit der Einrichtungen. Wir wissen, dass mit zunehmender Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort eine kritische Abnahme der stationären und teilstationären Behandlungsraten zu verzeichnen ist. Entsprechend gilt, dass mit der Entfernung der Klinik vom Wohnort eines Patienten sich dessen Verweildauer im Krankenhaus erhöht. Durch diese Gemeindeferne geht der Bezug des Patienten zum gewohnten Lebensumfeld leicht verloren und ein flexibler Wechsel zwischen ambulanter, tagesklinischer und stationärer Therapie wird unmöglich. Für die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit Angehörigen ist die Gemeindenähe ebenfalls notwendige Bedingung. Gleiches gilt für Betroffeneninitiativen, Laienhelfer und andere Mitglieder der Gemeinde. Erst dadurch wird Integration psychisch Kranker in das Gemeinwesen und in das Arbeitsleben möglich. Eine sinnvolle Beschäftigung und die Integration in die Gemeinde dienen der gesundheitlichen Entwicklung. Eine bedarfsgerechte Vernetzung der psychiatrischen Klinik mit den Einrichtungen und Diensten im gemeindepsychiatrischen Verbund wird nur dort möglich sein, wo gute Erreichbarkeit gewährleistet ist. ACKPA sieht daher als fachlich vertretbare Anreisezeit zum Behandlungsort, auch in ländlichen Regionen, maximal 30 Minuten und eine Entfernung von höchstens 30 km an.

2.3 Subjekt- und beziehungsorientierung

Die Gemeindenähe und die enge Verbindung zur Lebenswelt des Patienten erleichtern einfühlsames Verstehen, individuelle Begleitung psychisch Kranker und die Entwicklung ressourcenorientierter Behandlungsstrategien. In ihrer individuellen Ausgestaltung stellt eine psychische Erkrankung ein kompliziertes Gefüge aus Lebensgeschichte, sozialer und beruflicher Entwicklung und biologischer Disposition dar. Der Bezugspunkt in der somatischen Medizin mag ein Organ oder ein Organsystem sein, auf dessen Erkran-

kung man sich erfolgreich spezialisieren kann. Diese Art der Spezialisierung hat aber bekannte anatomische und funktionale Verhältnisse, allgemeingültige Regeln und gut bekannte, sehr ähnliche bis identische, immer wiederkehrende Eingriffe zur Voraussetzung. Diese Form der Spezialisierung reicht für die Behandlung von psychischen Erkrankungen nicht aus. Über die kompetente Anwendung evidenzbasierter Behandlungsverfahren hinaus gilt es, sich jedes Mal neu zu bemühen, die jeweiligen persönlichen Eigenheiten herauszufinden und die Behandlung genau darauf abzustellen. Die Therapie ist immer gleich und verschieden zugleich.

Psychische Erkrankungen sind eben nicht auf ein Organ oder ein Organsystem, wie etwa das Gehirn, zu reduzieren. Sie betreffen die ganze Person in allen Facetten ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Existenz, was im erweiterten Sinne natürlich auch für die somatischen Erkrankungen gilt.

Der Bezugsrahmen in Psychiatrie und Psychotherapie kann folglich nur der einzelne Mensch mit seinen biologisch-somatischen, sozialen und materiellen Gegebenheiten sein. Darauf muss Psychiatrie und Psychotherapie sich besonders konzentrieren. Von entscheidender Bedeutung für diese Art der Spezialisierung sind tragfähige therapeutische Beziehungen als zentrales Medium psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Strukturell ist diese beziehungsorientierung nach Auffassung von ACKPA am ehesten zu erreichen, wenn z.B. auf geschlossene Aufnahmestationen und auf eine Fragmentierung des Behandlungsprozesses durch mehrere interne Verlegungen verzichtet wird. Notwendig ist der Aufbau von stationären Milieus, die am Normalitätsprinzip orientiert sind. Komplementär dazu werden stationsunabhängige, störungsspezifische, personenzentrierte Behandlungsangebote vorgehalten und weiterentwickelt, die – eingebettet in zuverlässige therapeutische Beziehungen – genutzt werden können, unabhängig davon, ob ein Patient zu Hause oder in der Klinik schläft.

Dies setzt voraus, dass der Hilfebedarf der Patienten nicht den Erfordernissen der Institutionen und der Kostenträger untergeordnet wird, sondern umgekehrt: Die Einrichtungen und die einzelnen Maßnahmen müssen sich an den individuellen Hilfebedarf anpassen. Nur so kann der schädlichen Zerstückelung von Behandlungsprozessen begegnet werden. Die Subjektzentrierung bedeutet, dass die Behandlung in und durch die psychi-

atrisch-psychotherapeutische Klinik sich nicht an der Behandlungsart – wie stationär, teilstationär, ambulant –, nicht an starren Behandlungskonzepten, den Interessen der einzelnen Berufsgruppen und nicht an „Sachzwängen“ von rigiden Verwaltungsabläufen orientiert. Diese Subjektzentrierung bedeutet auch, dass eine Behandlung auf möglichst hohem fachlichen Niveau bei möglichst großer personaler Kontinuität realisiert wird. Dafür haben gemeindenahere Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern mit einem überschaubaren Einzugsgebiet gegenüber solitären Fachkrankenhäusern und psychosomatischen Kliniken ohne Regel- und Pflichtversorgung erhebliche Strukturvorteile.

Aus der Subjektzentrierung folgt, dass die Überwindung von Sprach- und kultureller Barriere einen zentralen Aspekt psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit darstellt. Deutschland hat sich zu einem Einwanderungsland entwickelt. ACKPA sieht es daher als wesentlich an, dass die im Gesundheitswesen Tätigen transkulturelle Kompetenz im Umgang mit Menschen erwerben, die einen Migrationshintergrund haben. Wir fördern es, wenn Fachkräfte mit eigener Migrationsgeschichte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld tätig werden. Besondere Herausforderungen bringt die Behandlung von Flüchtlingen und älteren Personen mit Migrationshintergrund mit sich. Psychisch kranke Migranten werden häufig zu spät und inadäquat behandelt. Ihre oft prekäre soziale Lage erschwert die Bewältigung der seelischen Störung. Die Patienten sind erheblich von sozialer Exklusion bedroht. Dieser Gefahr entgegenzuwirken, ist ACKPA ein wichtiges Anliegen. Die mit dem Migrationsschicksal verbundenen komplexen Problemlagen können nur im Kontext eines differenzierten gemeindeorientierten Behandlungsansatzes bearbeitet werden. Dabei kommt den psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen eine Schlüsselstellung zu.

2.4 Entstigmatisierung

Nach Auffassung von ACKPA hat die lange Zeit übliche Unterbringung psychisch kranker Bürgerinnen und Bürger in abgeschlossenen und geografisch abgelegenen Heil- und Pflegeanstalten erheblich zu ihrer Stigmatisierung beigetragen. Daher kann die Integration von Psychiatrie und Psychotherapie in die allgemeine medizinische Versorgung erheblich zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen beitragen. In dem Maße, wie psychisch Kranke unter dem „gleichen Dach“ wie

körperlich Kranke behandelt werden, nehmen die Mitbürger wahr, dass es sich nicht um Sonderlinge handelt, sondern vielmehr um behandlungsbedürftige kranke Personen, deren Therapie im zuständigen Allgemeinkrankenhaus erfolgt. Der Kontext des Allgemeinkrankenhauses fördert Begegnungen zwischen psychisch und körperlich kranken Bürgern. Die Begegnung der Mitarbeiter der verschiedenen medizinischen Disziplinen bedingt Erfahrungsaustausch, Kompetenzzuwachs und wechselseitiges Verständnis. Die historisch gewachsene Distanz zu psychisch Kranken wird so verringert. Das Allgemeinkrankenhaus wird zu einem Ort der Begegnung, an dem bisher gepflegte Vorurteile vermindert werden. Nachhaltig wird der Beitrag zur Entstigmatisierung durch die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern aber erst dann sein, wenn ihre Strukturen transparent, plausibel und für die Öffentlichkeit nachvollziehbar sind. Die Bereitschaft in den Kliniken, zu kritischen Anfragen aus der Gemeinde oder von Betroffenen offen und konstruktiv Stellung zu nehmen, muss gefördert werden. Selbst- und Fremdstigmatisierung werden auch durch kustodiale Strukturen, wie z.B. geschlossene Stationen verstärkt. Zahlreiche Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern haben inzwischen über Jahrzehnte den Nachweis erbracht, dass die Versorgung aller psychisch kranken Personen einer Region, einschließlich der zwangsweise eingewiesenen Patienten, mit offenen Stationstüren in jeder Beziehung förderlich ist.

2.5 Zum Verhältnis von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychotherapie ist kein eigenes Fach, sondern ein Werkzeug, das integraler Bestandteil psychiatrischen Denkens und Handelns ist: Psychiatrie und Psychotherapie sind unauflöslich miteinander verbunden. Dennoch gibt es seit 1992 in Deutschland, als einzigem Land der Welt, zwei unterschiedliche Fachärzte für psychische Erkrankungen, den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und den Arzt für Psychotherapeutische Medizin (jetzt: Arzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Seither ist zu beobachten, dass es vielerorts Bestrebungen gibt, eigenständige „psychosomatische Krankenhausabteilungen“ einzurichten.

Diese Entwicklung hängt sicher auch damit zusammen, dass sich eine biologisch reduzierte Psychiatrie über Jahrzehnte psychotherapeutischen Denkweisen ver-

schloss, kritisch-psychoanalytische Köpfe in ihren Reihen nicht duldeten. Alleinstellungsmerkmale der beiden Fächer anhand von Diagnosen zu finden, ist nicht möglich. Es gibt keine objektiven Patientenmerkmale, mit denen sich für den einzelnen Patienten und seine Erkrankung die Zuweisung zur Psychosomatik oder aber zur Psychiatrie und Psychotherapie nachvollziehbar begründen ließe. Das gesamte diagnostische Spektrum der in den Kliniken für Psychosomatik behandelten Erkrankungen findet sich ebenfalls in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. Nur die Häufigkeitsverteilung weist Unterschiede auf. Allerdings besteht bei den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern ausnahmslos die Verpflichtung, alle psychisch kranken Einwohner einer festgelegten Region, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung aufzunehmen, sofern dies vom Patienten gewünscht wird. Diese Versorgungsverpflichtung erstreckt sich auch und gerade auf psychisch kranke Menschen, die gegen ihren Willen behandelt werden müssen. Für die bestehenden und die geplanten Kliniken für Psychosomatik ist die Regel- und Pflichtversorgung nicht vorgesehen. Würde nun für die Personen mit den gleichen Diagnosen ein Versorgungsangebot entstehen, das diese Versorgungsverpflichtung nicht verbindlich fest schreibt, dann käme es zu einem gravierenden und folgenreichen Rückschritt in der Versorgung. Es ist absehbar, dass dann schwerer und akut Kranke in den Kliniken der Regel- und Pflichtversorgung behandelt werden, leichter Kranke und Patienten mit elektivem Aufnahmeverfahren in den geplanten psychosomatischen Kliniken. Wenn dann allerdings ein Patient hier während der Krankenhausbehandlung akut suizidal wird oder aggressiv reagiert, wird er mit oder ohne Zwang in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie verlegt werden.

Ein solches doppeltes und in der Konsequenz gestuftes Versorgungssystem wird die Stigmatisierung psychisch Kranker noch weiter verschärfen. Diese Entwicklung ist die Zementierung der „2-Klassen-Psychiatrie“.

ACKPA beobachtet mit Sorge, dass die Träger von solitären Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie versuchen, auf ihrem Krankenhausgelände Kliniken für Psychosomatik neu zu gründen. Derartige Planungen lassen sich mit fachlichen Argumenten gar nicht begründen. Im Gegenteil: Auf diese Weise wird der Sonderweg in der Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen ze-

mentiert: Die dringend ausbaubedürftige Vernetzung zwischen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und der Körpermedizin wird so nachhaltig erschwert, wenn nicht verunmöglicht. Nur durch die alltägliche Begegnung von Chirurgen, Internisten, Gynäkologen mit psychiatrischen Psychotherapeuten werden ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis und eine ganzheitliche Behandlung zur Selbstverständlichkeit. Der ständige fachliche Austausch durch einen regelmäßigen Konsiliar- und Liaisondienst gewährleistet die Etablierung psychiatrisch-psychotherapeutische Kompetenz in der Körpermedizin und die Integration von Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in die klinische Medizin. Diese Verbesserungen lassen sich nur in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern erreichen.

ACKPA hat das Ziel, das Wissen um psychosomatische Zusammenhänge zum festen Bestandteil in allen medizinischen Fächern werden zu lassen: Kenntnisse über die biopsychosoziale (Mit-)Verursachung und psychotherapeutische Fertigkeiten im Umgang mit kranken Menschen müssen in den körpermedizinischen Disziplinen ebenso selbstverständlich werden wie die somatische Kompetenz im psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsfeld. Die 190 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus haben für die Entwicklung psychosomatischer Kompetenz in der klinischen Medizin in den zurückliegenden 30 Jahren einen großen Beitrag geleistet. Die Integration von Diagnostik und Therapie bei Patienten mit psychischen Erkrankungen in die klinische Medizin muss dringend vorangetrieben werden durch Schaffung zusätzlicher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern.

2.6 Entgeltsystem

Spätestens dann, wenn für Krankenhausbehandlung in der Körpermedizin die DRGs umfassend und abschließend für alle Einrichtungen eingeführt sein werden, sind auch für die Finanzierung der Krankenhauspsychiatrie erhebliche Veränderungen zu erwarten. Die PsychPV ist seit 1991 in Kraft. Sie definiert für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Behandlungsbedarf angemessene Behandlungsziele, die typischerweise dafür erforderlichen Behandlungsleistungen und Qualitätsanforderungen. Daraus leitet die PsychPV den Bedarf an Personalstellen ab. Die über die PsychPV ermittelten Personalstellen werden nach Maßgabe der „Verordnung zur Regelung der

Krankenhauspfllegesätze“ der Bundespfllegesatz-Verordnung (BPfIV) vergütet. Die BPfIV regelt ebenfalls, dass die Abrechnung der (teil-)stationären Behandlungen über tagesgleiche Pfllegesätze erfolgt.

Die Budgets der Krankenhäuser insgesamt sind seit 1993 durch die BPfIV „gedeckelt“. Dadurch wird die durch die PsychPV vorgeschriebene Personalbemessung immer weniger erfüllt.

Gleichzeitig haben wesentliche Veränderungen des Leistungsgeschehens in den Kliniken stattgefunden. Viel mehr und schwerer kranke Patienten werden viel kürzer stationär und teilstationär behandelt. Diese Leistungsverdichtung begründet einen erheblichen Anpassungsbedarf. Anpassungsbedarf resultiert auch daraus, dass die Finanzierung der ambulanten Behandlung der Institutsambulanzen bislang regional und krankenhausesindividuell sehr unterschiedlich geregelt ist. In der Regel ist die Vergütung unzureichend. Bei einer leistungsbezogenen Vergütung muss eine ausreichende Finanzierung für das multiprofessionelle Team sichergestellt sein. Medizinisch notwendige Liaison- und Konsiliardienste werden in den bestehenden Finanzierungssystemen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

Ein zukünftiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie darf sich nicht auf diagnosebezogene Fallpauschalen stützen. Die Finanzierung muss personenbezogen sein, nicht einrichtungsgebunden oder maßnahmespezifisch.

Eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung findet im Krankenhaus und vom Krankenhaus aus in der Lebenswelt des Patienten statt. Ein zukünftiges Entgeltsystem muss personenzentrierte Komplexleistungen mit flexiblem Einsatz von individuell angepasster ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Diagnostik und Therapie durch angemessene Vergütung fördern. Durch den Ausbau aufsuchender, kontinuierlich begleitender multiprofessioneller Teams soll insbesondere vollstationäre Behandlung verkürzt oder vermieden werden. Dabei sind insbesondere die Folgewirkungen zu beachten im Hinblick auf

- ▶ die Befähigung des Patienten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- ▶ die personenbezogene Behandlungsdauer durch das Krankenhaus und im Krankenhaus
- ▶ den unterschiedlichen Ressourceneinsatz in den verschiedenen Behandlungsphasen.

Die PsychPV muss grundsätzlich erhalten bleiben. Ihre finanzielle und administra-

tive Umsetzung und die vorschriftsmäßige Verwendung der Mittel sind durch gesetzliche Vorgaben und begleitende Überprüfung sicherzustellen.

Grundlage für die Leistungserbringung ist die regionale Pflichtversorgung. In einem zukünftigen Entgeltsystem muss die Personalbemessung und ihre Finanzierung Vorzüge für solche Krankenhäuser beinhalten, die verpflichtet sind, alle krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten einer Region aufzunehmen. Eine solche Versorgungsverpflichtung schließt die Zuständigkeit für gerichtlich eingewiesene Patienten ein. Auf diese Weise würde honoriert, was fachlich sinnvoll ist: Möglichst weitgehende Beziehungskontinuität, lebensweltbezogene Behandlung und die vernetzte Nutzung präventiver und komplementärer Angebote.

ACKPA tritt dafür ein, das zukünftige Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie getrennt vom DRG-Bereich zu entwickeln. Dabei muss verbindlich und überprüfbar festgeschrieben sein, dass die für die Finanzierung des Personals zur Verfügung gestellten Mittel auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung eingesetzt werden.

2.7 Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

ACKPA sieht die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in einer doppelten Verpflichtung: Dem Straffälligwerden von psychisch kranken Personen vorzubeugen und sich bei fortgeschrittener Rehabilitation eines psychisch kranken Straftäters an der gemeindenahen Wiedereingliederung – in Kooperation mit den Einrichtungen des Maßregelvollzuges – zu beteiligen. Insbesondere trifft dies für die ambulante Behandlung und Nachsorge zu. Selbstverständlich gilt, dass es sich bei Krankenhäusern nicht um rechtsfreie Räume handelt. Das Normalitätsprinzip umfasst auch, dass gravierende Straftaten zur Anzeige gebracht werden müssen. Die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern sind nicht primärer Behandlungsort für psychisch Kranke, die erhebliche Straftaten begangen haben. Für diese Patienten ist in der Regel über eine längere Zeit ein erhöhter Sicherheitsbedarf notwendig. Diese Sicherheitsvorkehrungen sind mit den Erfordernissen einer gemeindenahen und offenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Regel- und Pflichtversorgung nicht vereinbar.

ACKPA hält strukturelle Veränderungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker

Straftäter für erforderlich. Die Integration von Maßregelvollzugseinrichtungen in räumlicher Nähe zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Großkrankenhäusern hat zur Folge, dass psychisch kranke Menschen in der Öffentlichkeit mit Straftätern identifiziert werden. Das begünstigt die Stigmatisierung psychisch Kranker. ACKPA vertritt daher die Auffassung, dass es getrennte und eigenständige Einrichtungen des Maßregelvollzugs geben muss. Dadurch kann am besten eine humane Behandlung und zugleich adäquate Sicherung psychisch kranker Straftäter garantiert werden.

2.8 Weiterbildung

In der Weiterbildung für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie liegt bei den Mitgliedern unseres Arbeitskreises eine große Verantwortung. Die Güte der Weiterbildung, das vorgelebte Interesse an psychisch kranken Menschen und an Psychiatrie und Psychotherapie in der Gemeinde entscheiden über die Qualität und die Quantität des Nachwuchses. Auch hier haben die Kliniken am Allgemeinkrankenhaus einen entscheidenden Strukturvorteil: Anders als in solitären Fachkrankenhäusern ist die funktionale und räumliche Verbindung zum gemeindepsychiatrischen Verbund und zur klinischen Medizin alltäglich und selbstverständlich. Von Beginn an ist die fachärztlich supervidierte Konsiliartätigkeit wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung. Aufgrund der engen Verbindung zu den körpermedizinischen Fächern gehören gebietsübergreifende Fallkonferenzen, die Schulung im Umgang mit Notfallsituationen und der Erwerb allgemeinmedizinischer Kenntnisse und Fähigkeiten zu den Weiterbildungsinhalten.

Zunehmend werden in den Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern die notwendige Diagnostik und die Behandlungsabläufe so organisiert, dass mit einem Wechsel der Behandlungsart (ambulant/tagesklinisch/stationär) ein Beziehungsabbruch bzw. ein Ortswechsel für den Patienten vermieden wird. Dies ist von besonderer Bedeutung für die Behandlung von Personen mit komplizierten und langwierigen Erkrankungen. So wird in der Weiterbildung das Erlernen von Diagnostik und Therapie unter ambulanten, tagesklinischen und stationären Bedingungen möglich und gefördert.

ACKPA sieht einen besonderen Weiterbildungsschwerpunkt in der Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren. In einer von Respekt und Empathie getragenen Grundhaltung geht es um den Erwerb theoretischer und praktischer

Kenntnisse in der Psychotherapie. Psychotherapie ist in den Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern fester Bestandteil in Ausbildung und Praxis.

3 Ausblick

Die in den 1970er-Jahren begonnene Psychiatriereform hatte im Kern die Gleichstellung psychisch und somatisch kranker Personen und die Integration der Versorgung von psychisch Kranken in die Gesamtmedizin zum Ziel. Für die Krankenhausbehandlung wird dieses Ziel am wirkungsvollsten durch die Schaffung von gemeindenahen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern verwirklicht. ACKPA ist der Auffassung, dass die Psychiatriereform bei dieser Zielsetzung auf halbem Wege stecken geblieben ist: Die Strukturreform ist bei Weitem nicht abgeschlossen. Deshalb müssen weitere Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern entstehen. Der Ausbau ist auch deshalb erforderlich, weil nur durch die räumliche und funktionale Verzahnung der Körpermedizin mit Psychiatrie und Psychotherapie eine ganzheitliche Behandlung aller Patienten erfolgen kann. Auf diese Weise wird die somatische Kompetenz in der Psychiatrie und Psychotherapie ebenso verbessert wie die psychosomatische Kompetenz in der Körpermedizin. Die erforderliche Integration von Psychiatrie und Psychotherapie in die klinische Medizin bringt aber das Risiko mit sich, Denk- und Handlungskonzepte der Körpermedizin, einschließlich eines reduktionistischen Krankheitsbegriffes ungeprüft auf die Psychiatrie zu übertragen. So entsteht die Gefahr, dass die Psychiatrie den Trend aus der Körpermedizin zur Spezialisierung und zu überregionalen Zentrenbildung unkritisch übernimmt. ACKPA tritt ein für ein Krankheitsverständnis, das neben der notwendigen störungsspezifischen Kompetenz die Spezialisierung auf den einzelnen psychisch kranken Menschen in allen Facetten seiner körperlichen, seelischen und sozialen Existenz als vorrangig betrachtet.

Die neoliberale Tetrade von Globalisierung, Deregulierung, Kommerzialisierung und Privatisierung verursacht auch im Gesundheitswesen den Verlust fachlich begründeter politischer Gestaltungsmöglichkeiten. Die in den letzten Jahrzehnten in den fachlichen und gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen errungenen Erfolge der Psychiatriereform werden so zunichte gemacht. Dem politisch gewollten Kostendruck begegnet man an vielen Orten mit dem Mittel der Privatisierung

von Krankenhäusern. ACKPA ist sich in dieser veränderten Versorgungslandschaft der besonderen fachlichen und menschlichen Verantwortung für die Belange psychisch Kranker bewusst. Wir stehen für eine nachhaltige volkswirtschaftlich sinnvolle Ressourcenverteilung beim Ausbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems ein und wenden uns entschieden gegen den Primat einer auf kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Erfolg reduzierten Ökonomie, die in erster Linie dem Eigeninteresse der jeweiligen Träger verpflichtet ist. Deshalb betrachten wir mit großer Skepsis die geplante Einführung einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser und lehnen die Etablierung von sogenannten diagnose- und leistungsbezogenen Einkaufsmodellen für die Psychiatrie und Psychotherapie entschieden ab. Dadurch würde eine personenbezogene, den Belangen psychisch Kranker gerecht werdende gemeindenahe psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung entscheidend von den finanziellen Interessen der Kostenträger abhängig sein.

In Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Erkrankungen wird es in Zukunft – dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis folgend – um eine verstärkte Vernetzung der klinischen Medizin mit der Psychiatrie und Psychotherapie gehen. Erst so wird eine ganzheitliche Behandlung in und durch Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie möglich, die sich stärker an den komplexen Problemlagen und an der Nutzerperspektive orientiert. Dies gilt insbesondere angesichts des zunehmenden Behandlungsbedarfes von Menschen im höheren Lebensalter.

Die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern sind diesen Anforderungen besser gewachsen als jeder andere Einrichtungstyp. Durch die funktionale und räumliche Nähe zu den anderen medizinischen Fachgebieten haben sie einen deutlichen Strukturvorteil. Durch ihre Integration in das „Krankenhaus vor Ort“ wirken sie der Stigmatisierung entgegen.

ACKPA tritt dafür ein, dass dieses gesicherte Wissen bei der Gestaltung psychiatrischer Versorgung Priorität hat.

Prof. Dr. Karl H. Beine
St. Marien-Hospital Hamm
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Klinik der Universität Witten/Herdecke
Knappenstraße 19
59071 Hamm