

Projekttitlel: „Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer“.

Kurztitel: Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen

Institution:

Forschungsnetz psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

Projektleitung:

PD Dr. Anke Bramesfeld

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Kontakt:

anke.bramesfeld@medizin.uni-leipzig.de

www.forschung-psychische-gesundheit.de

Kooperationspartner:

- PD Prof. Reinhold Kilian, Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm, BKH Günzburg
- Dr. Dr. Helmut Hausner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg
- Dr. Barbara Kowalenko, Städtisches Klinikum Eisenhüttenstadt, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Projektdauer: 16.11.2008-30.04.2010

Ziele des Projektes:

Schaffen einer Übersicht über die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland in folgenden Bereichen:

1. Kenntnisse über die Versorgungspraxis (welche Leistungserbringer sind in welchem Maß beteiligt?)
2. Verständnis der Kooperationspraxis der Leistungserbringer in der Versorgung psychisch kranker Menschen

Hintergrund/Hypothesen:

An der Versorgung psychisch kranker Menschen sind mehrere Sektoren und Kostenträger beteiligt. Dies führt zu Vielseitigkeit aber auch Fragmentierung des Systems, das nicht nur für Unbeteiligte unübersichtlich ist. Die Versorgungsangebote unterscheiden sich regional deutlich, ohne dass klar ist was dies für den Versorgungsprozess und seine Ergebnisse bedeutet. Gute Kooperation zwischen den Leistungserbringern ist Voraussetzung für gute Versorgung.

Vorgehen/Verfahren:

Das Forschungsprojekt fokussiert auf die Diagnosen Depression, Alkoholsucht und Schizophrenie/Wahnhaftige Störung. Daten wurden in vier Untersuchungsregionen erhoben, die städtische und ländliche Räume sowie Ost- und Westdeutschland repräsentieren sollen. Es werden drei methodische Zugänge gewählt:

- Quantitative Primärerhebung der Versorgungsstruktur mittels des European Service Mapping Schedules.
- Qualitative Untersuchung (Fokusgruppen) in den vier Modellregionen um Praxen der Kooperation, informelle Prozesse und Motive des Kooperationsverhaltens von Leistungserbringern bei der Versorgung psychisch kranker Menschen zu verstehen.
- Standardisierte Befragung zur Kooperationspraxis der niedergelassenen PsychiaterInnen und NervenärztInnen in den Modellregionen.

Ergebnisse

Versorgungspraxis

Grundsätzlich besteht in allen vier Regionen ein gut ausgebautes psychiatrisches und psychosoziales Versorgungsangebot. Dies zeigt, dass die Forderungen der Psychiatriereform wie Dezentralisierung, Gemein- denähe und Vielschichtigkeit des Angebotes weitgehend umgesetzt sind. Während der komplementäre Sektor in den städtischen Regionen stärker ausgebaut ist, scheinen im ländlichen Raum die Krankenhäuser eine größere Rolle zu spielen.

Ambulante Angebote mit Krisenbewältigung gibt es in allen Regionen. Die meisten Einrichtungen bieten diese im Rahmen ihres normalen Teams an. Nur wenige verfügen über ein auf Krisenbewältigung spezialisiertes Behandlungsteam und die Möglichkeit einer Intensivbetreuung. Die größten Unterschiede zeigen sich im Bereich der Angebote im Arbeitssektor. Vor dem Anspruch der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von psychisch kranken Menschen scheint hier nach wie vor der größte Reformbedarf zu bestehen.

Differenziert man die Inanspruchnahme nach Diagnosen, fällt auf, dass vor allem Menschen mit Diagnose Depression die ganze Breite der Angebote nutzen. Dagegen sind für Menschen mit Schizophrenie vor allem die stationäre Versorgung und Angebote des betreuten Wohnens bedeutsam. Alkoholabhängige Menschen nutzen – bei einer großen Varianz zwischen den Regionen – die psychiatrischen Versorgungsangebote insgesamt am wenigsten. Menschen über 65 Jahre sind vor allem in den Tagesangeboten, aber auch in anderen ambulanten Angeboten unterrepräsentiert.

Problematisch scheint, dass es sehr wenige explizite Angebote für KlientInnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse gibt. Die Angebote bestehen zudem in vielen Fällen eher informell und es gibt keine Policy multilingualer Behandlungsangebote.

Für die Nutzung der Angebote scheint vor allem die regionale Angebotsstruktur verantwortlich zu sein. Hinweise, dass unterschiedliche Krankheitsprävalenzen in den Regionen Einfluss auf die Nutzungsstruktur haben, fehlen ebenso wie Hinweise auf den Einfluss der ambulanten Versorgungsstruktur auf die stationären Aufnahmen.

Kooperationspraxis

In erster Linie wird unter Kooperation die einzelfallbezogene Zusammenarbeit verstanden, bei der zwei oder mehrere Akteure direkt und persönlich zusammenarbeiten, um idealerweise gleiche oder zumindest nicht widersprüchliche Ziele zu erreichen.

Kooperation wird als Kooperation zwischen den Professionellen verstanden. Es gibt wenig Konzepte, um PatientInnen systematisch zu ermächtigen, Kooperation selbst anzustoßen oder einzufordern.

Im Widerspruch zu der großen Bedeutung, die der Kooperation von allen Akteuren aber auch in der Literatur beigemessen wird, besteht ein wenig explizites Kooperationsverständnis. Das Fehlen eines theoretischen Kooperationsverständnisses wird insbesondere bei den ÄrztInnen deutlich. Ausschlaggebend für die Bewertung der Kooperationsqualität ist meist der persönliche Kontakt zu anderen Akteuren. Kooperationsbeziehungen werden somit an Einzelpersonen geknüpft und nicht als institutionell verankert verstanden.

Intensive Kooperation wird vor allem dort als notwendig beschrieben, wo „Routinekooperation“ nicht ausreicht. Die Kooperation in der psychiatrischen Versorgung ist wenig abgrenzbar, sehr flexibel und an dem Unterstützungsbedarf der PatientInnen/KlientInnen ausgerichtet. Kooperation in der psychiatrischen Versorgung lebt somit weniger von fest geschriebenen Kooperationsabläufen als von einem grundsätzlich bestehenden breiten Netzwerk, das fall- und problemorientiert genutzt werden kann.

Kooperation von Seiten der niedergelassenen Fachärzte findet hauptsächlich zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen statt sowie mit Kliniken und Tageskliniken. Sie findet wenig interdisziplinär statt, etwa mit Beratungsstellen, dem sozialpsychiatrischen Dienst und den psychosozialen Gemeindezentren. Die Qualität der Kooperation wird eher positiv bewertet, wobei die Niedergelassenen die Zusammenarbeit mit ambulanten komplementären Einrichtungen schlechter bewerten als die Kooperation mit FachärztInnen und Kliniken. Wichtige Fachtreffen der Niedergelassenen sind vor allem die Qualitätszirkel und Inter- und Supervisionsgruppen; interdisziplinäre Treffen wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften spielen in der Praxis kaum eine Rolle.

Die geringe interdisziplinäre Vernetzung, die von niedergelassenen Fachärzten beschrieben wird, wird von Angehörigen anderer Berufsgruppen als Defizit erlebt.

Diskussion

Vor dem Hintergrund der gut ausgebauten und vielschichtigen Angebotsstruktur in der psychiatrischen Versorgung in allen Untersuchungsregionen ist eine Verbesserung des Versorgungsangebots am ehesten durch eine bessere Kooperation der bestehenden Einrichtungen zu erwarten.

Bedingung für eine Verbesserung der Kooperation in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wäre eine reflektierte und je nach Zweck spezifizierte Organisation der lokalen Netzwerke. PsychiatriekoordinatorInnen könnten dabei eine wichtige Rolle spielen.

Kooperation in der psychiatrischen Versorgung ist weniger diagnoseorientiert und folgt eher dem Hilfebedarf des PatientInnen/KlientInnen. Diese Form der Kooperation, bedarf eines breiten grundlegenden Kooperationsnetzwerkes, das unabhängig vom Einzelfall bestehen muss.

Die Form der Kooperation, die in der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung vorherrscht, ist eine andere als die, wie sie in aktuellen Modellprojekten der integrierten Versorgung oder des Case Managements definiert wird. Die Kooperation in integrierter Versorgung oder Case Management geht von einer fest planbaren, vorherbestimmbaren und wieder kehrenden Aufteilung der Aufgaben in Bezug auf bestimmte Diagnosen aus. Dagegen orientiert sich der Kooperationsbedarf in der psychiatrischen Versorgung aber nur sekundär an Diagnosen sondern primär an der Behinderung der PatientInnen/KlientInnen und ihrem Bedarf nach Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags. Damit bedarf die psychiatrisch-psychotherapeutische Kooperation eines breiten Netzwerkes, das unabhängig vom Einzelfall existieren muss und das problemorientiert und flexibel eingesetzt werden kann.

Neben einer Verbesserung der Ressourcen für Kooperation sehen die AutorInnen Steuerungsmöglichkeiten vor allem in den Bereichen der Hochschul- und Facharztausbildung, der Vergütung sowie der Netzwerkkoordination.

Studierende der Medizin sowie ÄrztInnen in der Facharztausbildung sollten z.B. im Rahmen von Praktika Erfahrungen innerhalb eines nicht-medizinischen, aber medizin-relevanten Bereiches sammeln.

Es muss deutlich gemacht werden, dass Kooperation ein integraler Bestandteil der Versorgung ist, für den ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen vorhanden sein müssen. Um dies sicherzustellen, muss Kooperation angemessen vergütet werden. Dabei ist neben einem „fee for service“ Modell, das Kooperation im Einzelfall honoriert, auch eine „Kooperationsbasisleistung“ notwendig. Diese trägt der Tatsache Rechnung, dass gute Kooperation nur auf der Basis langfristiger und kontinuierlicher Netzwerkarbeit funktionieren kann.

Geboten erscheint auch eine Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung. Hier sollte z.B. der bisherige Schwerpunkt auf monodisziplinär besetzte Qualitätszirkel überdacht werden. Stattdessen empfiehlt sich die Etablierung von strategischen interdisziplinären Gremien mit versorgungsrelevanten Zielen. Mögliche Themen eines solchen Gremiums könnten z.B. sein: Gemeinsames Verständnis von Behandlungskonzepten, Zugang zur Versorgung für Schwerkranke, Zugang zu ambulanten Hilfen, Integration in den Arbeitsmarkt, Zugang psychisch Kranker zur somatischen Versorgung.

PsychiatriekoordinatorInnen können bei der Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Vernetzung der psychiatrischen Versorgung unter Einbeziehung aller relevanten Akteure helfen. Wichtig scheinen auch Routinen zu sein, die gewährleisten, dass die Notwendigkeit der kooperativen Hilfeplanung und das Aufstellen gemeinsamer Behandlungskonzepte im Einzelfall erkannt wird. Ein zentrales und aktuelles Verzeichnis aller Angebote sollte als Grundlage für die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern existieren.

Nicht vergessen werden darf die Rolle der PatientInnen und KlientInnen bei der Kooperation. Statt der häufig dominierenden Praxis, die sich stärker an Versorgung und Fürsorge orientiert, sollten systematische Strategien von Empowerment PatientInnen selber befähigen, eine Vernetzung zwischen verschiedenen Behandlungen zu organisieren.

Vereine und Initiativen Psychiatrieerfahrener sollten stärker in die Netzwerke einbezogen werden. Die Arbeit von regionalen Psychiatrieerfahrenerinitiativen sollte unterstützt werden.