



LANDES-QUALITÄTS-BERICHT

GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG

Spezialheft Versorgung psychisch kranker Menschen

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart, Telefon 07 11/123-0, Telefax 07 11/123-39 99
poststelle@sm.bwl.de, www.sozialministerium-bw.de

Internetverfügbarkeit:

Diese und auch weitere bisher erschienene Broschüren zum Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg können auch über das Internet unter www.gesundheitsforum-bw.de (Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit) bezogen werden.

Autoren:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg)
Christine Blankenfeld (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg)
Dr. Rita Maria Bock (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren)
Dr. Jürgen Braun (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)
Dr. Jens Bullenkamp (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim)
Dr. Heinz-Dieter Girbig (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)
Dr. Frank Jagdfeld (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft)
Dr. Patrick Klose (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg)
Dr. Martin Roser (Kreiskliniken Esslingen)
Esther Spothelfer (AOK Baden-Württemberg)
Dr. Christa Widmaier-Berthold (Städtetag und Landkreistag Baden-Württemberg)

Redaktion:

Dr. Jens Bullenkamp (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim)

Gestaltung:

Kreativ plus Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

August 2010

ÜBERSICHT

VORWORT	Seite 4
1. EINLEITUNG	Seite 5
1.1 Was ist eine psychische Erkrankung?	Seite 5
1.2 Krankheitsbilder	Seite 6
1.3 Ursachen	Seite 7
1.4 Behandlung	Seite 7
1.5 Qualitätsdiskussion	Seite 8
1.6 Kriterien guter Versorgung	Seite 9
2. DATEN UND FAKTEN	Seite 12
3. STRUKTURQUALITÄT	Seite 14
3.1 Strukturplanung	Seite 14
3.2 Bausteine der Versorgung	Seite 14
4. PROZESSQUALITÄT	Seite 22
4.1 Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung	Seite 22
4.2 Behandlungsleitlinien	Seite 22
4.3 Qualität in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen	Seite 23
4.4 Qualität im Krankenhaus	Seite 23
4.5 Qualität in Rehabilitationseinrichtungen	Seite 25
4.6 Qualität in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen	Seite 25
4.7 Projektbeispiele	Seite 26
5. ERGEBNISQUALITÄT	Seite 28
5.1 Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität	Seite 28
5.2 Funktionsniveau	Seite 29
5.3 Verweildauer	Seite 30
5.4 Qualität und Wirtschaftlichkeit	Seite 31
5.5 Selbsthilfe und Bürgerengagement	Seite 32
6. REGIONALQUALITÄT	Seite 34
6.1 Regionale Versorgung	Seite 34
6.2 Regionale Vernetzung	Seite 35
6.3 Projekte: Regionalbudget und integrierte Versorgung	Seite 38
7. FAZIT	Seite 40
7.1 Was man selbst tun kann	Seite 40
7.2 Checkliste für gute individuelle Behandlung	Seite 42

VORWORT



*Dr. Monika Stolz Mdl
Ministerin für Arbeit und Sozialord-
nung, Familien und Senioren des
Landes Baden-Württemberg und
Vorsitzende des Gesundheitsforums*

*Körperliche und seelische Gesundheit stehen in enger Wechsel-
beziehung. Zum Wohlbefinden gehören beide. Wenn die psychi-
sche (seelische) Gesundheit beeinträchtigt ist, sind professionelle
Hilfen genau so notwendig wie im Fall somatischer (körperli-
cher) Erkrankungen.*

*Unser Gesundheits- und Sozialsystem hält Versorgungsangebote
für das ganze Spektrum psychischer Störungen bereit. Es hilft
Erkrankungen heilen. Bei seelischer Behinderung trägt es zur
Bewältigung des Lebens bei. Entsprechend vielfältig sind die
Angebote. Die Versorgung psychisch kranker Menschen reicht
deshalb von medizinischer und psychotherapeutischer Behand-
lung über psychosoziale Betreuung bis hin zu Hilfen zur Teilhabe
an der Gemeinschaft und am Arbeitsleben.*

*Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ des Gesundheitsforums
Baden-Württemberg, eines Netzwerks der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens im Land,
hat im Rahmen des Landes-Qualitäts-Berichts Gesundheit Baden-Württemberg das Spezialheft
„Versorgung psychisch kranker Menschen“ konzipiert. Für die Initiative danke ich der
Arbeitsgruppe unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann herzlich. Mein
besonderer Dank gilt dem Autoren- und Redaktionsteam, das unter Leitung von Herrn Dr. Jens
Bullenkamp die vorliegende Publikation gemeinsam erstellt hat.*

*Das Heft soll den Bürgerinnen und Bürgern die Versorgung psychisch erkrankter Menschen aus der
Perspektive der Qualitätssicherung darstellen. Gerontopsychiatrie und Suchtkrankenhilfe bleiben
dabei ausgeklammert, weil sie eigenen Spezialheften vorbehalten sind. Auch die Kinder- und
Jugendhilfe wird nicht berücksichtigt.*

*Nach einer „Einleitung“ in die Thematik folgen kurz und bündig einige „Daten und Fakten“. Dann
wird die Versorgung in je einem Kapitel unter den Aspekten „Strukturqualität“, „Prozessqualität“,
„Ergebnisqualität“ und „Regionalqualität“ beleuchtet. Das „Fazit“ am Schluss enthält praktische
Hinweise für die Nutzerinnen und Nutzer.*

*Ich wünsche den interessierten Leserinnen und Lesern, dass sie mit Hilfe dieses Spezialheftes einen
Eindruck davon gewinnen, was gute Versorgungsqualität kennzeichnet und wie sie gesichert sowie
weiterentwickelt wird.*

Monika Stolz

1. EINLEITUNG

Sie leiden unter Schlafstörungen, können sich tagsüber zu nichts mehr aufraffen, der Alltag fällt Ihnen immer schwerer, nichts macht mehr Freude, auf Ihrer Brust lastet ein Druck... Wenn das schon längere Zeit (mindestens zwei Wochen) so geht, sollten Sie ärztlichen Rat einholen – denn es könnten Anzeichen einer psychischen Erkrankung sein. Bleibt die adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlauf aus, kann sich das Risiko einer Chronifizierung stark erhöhen.

1.1 WAS IST EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG?

Von einer psychischen Erkrankung spricht man, wenn Abweichungen im Erleben, Fühlen und Verhalten das Wohlbefinden und die Lebensbewältigung wesentlich beeinträchtigen. Viele Symptome werden nur subjektiv wahrgenommen. Andere werden nur von der Umwelt festgestellt. Körperliche Beschwerden können Ausdruck einer seelischen Störung sein – sie erfordern zunächst eine organische Abklärung. Obwohl seelische Leiden subjektiv sind und psychische Erkrankungen sich mit Hilfe von Laborwerten und bildgebenden Verfahren nur sehr begrenzt diagnostizieren lassen, gibt es doch charakteristische Kennzeichen, an denen eine Erkrankung ärztlich festzustellen ist. Statt von Krankheiten wird dabei in den modernen Diagnosesystemen von Störungen und Störungsbildern gesprochen.

Wer sich mit psychischen Störungen beschäftigt, stößt auch auf philosophische Begriffe wie Leib und Seele, Wille und Verantwortung, Ich und Realitätsbezug. Die Definition von Krankheit wird denn auch innerhalb der Psychiatrie sowie zwischen Psychiatrie und Gesellschaft kontrovers diskutiert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat daher mit der ICD-10 – der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) – eine klinisch-diagnostische Leitlinie entwickelt, die eine weltweit vergleichbare Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder anhand von Symptom-

ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstö- rungen (F00-F99):

F00-09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-39 Affektive Störungen

F40-48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-79 Intelligenzstörung

F80-89 Entwicklungsstörungen

F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

1. EINLEITUNG

Klassifikationen ICD und ICF: www.dimdi.de

Zum Begriff der funktionalen Behinderung (nach ICF):

Eine Behinderung ist das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen den Gesundheitsproblemen eines Individuums, seinen Umweltbedingungen und seinen persönlichen Lebensbedingungen. Die Behinderung kann sich als Beeinträchtigung körperlicher (einschließlich mentaler) Funktionen, persönlicher Aktivitäten und der Möglichkeiten der Teilhabe auswirken.

Was heißt „behindert“ (nach § 2 SGB IX)?

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Bei einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 ist ein Mensch schwerbehindert.

Verlaufs- und Zeitkriterien ermöglicht. Die Schwere der Störungen wird erfasst und es ist möglich, mehrere Krankheitsbilder zusammen zu diagnostizieren.

Ein zusätzliches diagnostisches System der WHO ist die ICF - die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health). Anhand der ICF können die persönlichen und sozialen Auswirkungen einer Störung an Ressourcen, statt an Defiziten orientiert beschrieben werden.

1.2 KRANKHEITSBILDER

Weltweit sind unter den zehn häufigsten zur Behinderung führenden Störungen fünf psychische Diagnosen: Depression, Alkoholabhängigkeit, bipolare Störung, Schizophrenie und Zwangsstörungen. Dabei handelt es sich um sehr unterschiedliche Krankheitsbilder. Anhaltende übermäßige Niedergeschlagenheit und Energielosigkeit kann auf eine Depression hindeuten, exzessiv übersteigerte Aktivität hingegen auf eine Manie. Beide gehören zu den affektiven Störungen. Der Wechsel zwischen depressiven und manischen Phasen ist kennzeichnend für eine bipolare Störung. Schizophrenie zeigt sich einerseits in Antriebschwäche und Denkstörungen, andererseits in psychotischen Symptomen wie Sinnestäuschungen und wahnhaftem Erleben. Bei der Zwangsstörung besteht ein zwanghafter Drang, etwas Bestimmtes im Denken oder Handeln laufend zu wiederholen, obwohl dies als übertrieben und sinnlos erlebt wird. Angst ist häufig Symptom der genannten Erkrankungen, kann aber auch als eigenständige Krankheit (Angststörung) auftreten.

Jeder Mensch kann selbst oder in seiner Umgebung von einer psychischen Erkrankung betroffen sein. Das Spektrum reicht von Störungen, die ambulant gut behandelt werden können, über eine chronische Erkrankung und seelische Behinderung, bei der eine Unterstützung der Lebensführung nötig ist, bis zu schweren Krankheitsverläufen, die eine Versorgung in Klinik und Heim erforderlich machen.

1.3 URSACHEN

Das „bio-psycho-soziale Krankheitsmodell“ versucht eine Erklärung für das Entstehen psychischer Störungen zu geben. Es berücksichtigt genetische und neurobiologische, lebensgeschichtliche und gesellschaftliche Faktoren, die alle zusammen oder einzeln zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen beitragen können. Hinweise auf frühe Traumata als Mitursache vieler schwerer und chronischer Erkrankungen nehmen zu. Die komplexe Interaktion dieser Faktoren über die Lebenszeit hinweg macht die Erforschung und Behandlung psychischer Störungen zu einem Versorgungsgebiet, an dem sich viele Fachdisziplinen und Berufsgruppen beteiligen.



1.4 BEHANDLUNG

Wenn Symptome auftreten, ist die hausärztliche Praxis in der Regel die erste Anlaufstelle. Von dort kann zu einer ambulanten fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung überwiesen werden. Bei Anzeichen einer schweren psychischen Erkrankung erfolgt eventuell eine Einweisung ins Krankenhaus, wo eine umfassende Behandlung durchgeführt wird. Tageskliniken bieten diese teilstationär, d.h. tagsüber werktags, an. Um gegebenenfalls Krankheitsfolgen – z.B. funktionelle Beeinträchtigungen – zu überwinden, stehen medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

Eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt heute anhand von wissenschaftlich abgesicherten Behandlungsleitlinien (Evidenzbasierte Medizin - EbM). Dabei wird neben Medikamenten und Psychotherapie eine Vielzahl von therapeutischen Verfahren eingesetzt wie z.B. Physio-, Bewegungs-, Ergo-, Arbeits-, Kunst- und Musiktherapie. Je nach Schweregrad der Erkrankung vereint die Psychotherapie verschiedenste Verfahren und Methoden, um den Patienten und Patientinnen individuell gerecht werden zu können.

1. EINLEITUNG

*Die Psychiatrie-Enquete
erschien 1975 als
Bundestagsdrucksache
7/4200 „Bericht über die
Lage der Psychiatrie in
der Bundesrepublik
Deutschland“.*



Menschen mit schwerer chronischer psychischer Erkrankung können darüber hinaus die nötigen psychosozialen Hilfen für die Bereiche Tagesstruktur und Begegnung, Wohnen und Arbeit erhalten.

1.5 QUALITÄTSDISKUSSION

Die heutigen Versorgungsstrukturen sind von der Psychiatriereform im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts geprägt, die mit der „Anstaltspsychiatrie“ aufräumte und Rehabilitation in den Vordergrund rückte. Ein Meilenstein war die „Psychiatrie-Enquete“: Im Jahr 1975 legte eine von der Bundesregierung eingesetzte unabhängige Sachverständigen-Kommission ihren Bericht vor. Die darin enthaltenen grundsätzlichen Empfehlungen wurden als Leitziele in die baden-württembergische Psychiatriepolitik übernommen:

- psychisch und somatisch Kranke in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht gleichzustellen,
- niemanden wegen einer psychischen Erkrankung dauerhaft aus dem gewohnten Lebensraum auszugliedern,
- wohnortnahe Dienste und Einrichtungen zu schaffen, die den Betroffenen die Integration im Heimatkreis erhalten (Gemeindepsychiatrie).

Auf dieser Grundlage wurde ein eigenes „Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg“ (1982-1986) aufgelegt: In neun Modellregionen wurden insgesamt 41 Institutionen gefördert. Damit begann der Aufbau des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems. Damals wurden z.B. die ersten Sozialpsychiatrischen Dienste gegründet; inzwischen gibt es sie landesweit als Anlaufstellen für Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen.

Das Fußfassen der Psychiatriereform ist wesentlich engagierten Fachleuten und bürgerschaftlichen Initiativen zu verdanken. Vielfach gründeten sie vor Ort neue Trägervereine für gemeindepsychiatrische Einrichtungen. Bis heute hat sich eine Trägervielfalt erhalten. Die Konkurrenz regt den Wettbewerb

im Streben nach Qualität und Wirtschaftlichkeit an. Sie muss aber auch in Kooperationen aufgefangen werden, um Hürden zwischen den verschiedenen Hilfeangeboten abzubauen.

Im „Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg“, der von der Landesregierung als Richtschnur der Psychiatriepolitik beschlossen wurde, sind daher eine Vernetzung der Angebote und der personenzentrierte Ansatz der Versorgung verankert. Für die Vernetzung auf der kommunalen Ebene wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund konzipiert. Das Versorgungssystem soll die Person des Patienten bzw. der Patientin in den Mittelpunkt stellen und an ihr die individuelle Hilfeplanung ausrichten. Der personenzentrierte Ansatz wurde vom Land mit einem Modellprojekt eingeführt und den Stadt- und Landkreisen zur Umsetzung empfohlen.

Mit dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX), das am 1. Juli 2001 in Kraft trat, vollzog das deutsche Behindertenrecht den Umstieg von der Fürsorge zur Teilhabe. International wurde dies im „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Behindertenrechtskonvention) der Vereinten Nationen festgeschrieben, das in Deutschland 2009 Gesetzeskraft erhielt.

Seit 1986 gibt es beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren den Landesarbeitskreis Psychiatrie. Dort sind die kommunalen Landesverbände, Leistungsträger (Kostenträger), Leistungserbringer und Betroffenenverbände vertreten. Das Gremium berät das Ministerium in Fragen der psychiatrischen Versorgung und dient als Forum zur Koordination der verschiedenen Beteiligten. Im Landesarbeitskreis Psychiatrie wird die Qualitätsdiskussion kontinuierlich weitergeführt.

1.6 KRITERIEN GUTER VERSORGUNG

Fachliche Standards werden in der Praxis entwickelt. Patienten und Patientinnen sowie ihre Angehörigen erwarten von den Leistungsanbietern Transparenz: Die Hilfeangebote sollen

Der „Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg“ steht im Internet: www.sozialministerium-bw.de → Gesundheit → Psychiatrische Versorgung → Psychiatrieplanung

Der Abschlussbericht des Projektes „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ wurde 2004 vom Sozialministerium veröffentlicht.

nach Inhalt, Zielen, Abläufen und Ergebnissen offengelegt werden, so dass Vergleiche möglich sind. Leistungsträger und Gesundheitspolitik sind bestrebt, dass die Leistungen in guter Qualität und zu vertretbaren Kosten verfügbar sind. Eine gute Versorgung ist an folgenden Kriterien orientiert:

Wohnortnähe

In der gewohnten Umgebung mit den vertrauten Menschen aus Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft oder Berufsumfeld trotz Erkrankung engen Kontakt halten zu können, schafft Sicherheit und verbessert die Genesungsbedingungen erheblich. Die Einrichtungen zur Versorgung psychisch kranker Menschen sollen daher möglichst wohnortnah liegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein.

Der Vorzug ambulanter vor stationären Hilfen ist nicht primär eine Frage der Kostenersparnis, sondern der Qualität der Versorgung.

Grundsatz „ambulant vor stationär“

Eine Krankenhausbehandlung greift stark in den Alltag der Betroffenen ein. Das gilt auch für das Wohnen im Heim. Eine langfristige stationäre Unterbringung kann zu Beeinträchtigungen führen, die zur Krankheit belastend hinzukommen. Ambulante oder teilstationäre Maßnahmen sollten daher den Vorrang haben, wenn diese ausreichend und erreichbar sind.

Vernetzung der Einrichtungen und Dienste

Eine verbindliche Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer in der Region ist erforderlich, damit die medizinischen, therapeutischen, rehabilitativen und psychosozialen Angebote wirksam ineinander greifen. Mit dieser Vernetzung ist zu gewährleisten, dass auch sehr kranke Patientinnen und Patienten wohnortnah versorgt werden.

Personenzentrierung

Der individuelle Hilfebedarf bezieht sich oft auf verschiedene Funktions- und Lebensbereiche. Jede Person soll die Hilfen bekommen, die sie in ihrer Situation benötigt, auch wenn unterschiedliche Leistungsträger oder Überbringer berührt sind. Die Hilfeleistung orientiert sich also am betroffenen Menschen und seinem Bedarf, nicht am vorgehaltenen

Der betroffene Mensch soll die notwendigen Hilfen, auch wenn sie von verschiedenen Trägern kommen, abgestimmt „wie aus einer Hand“ erhalten.

Angebot eines bestimmten Trägers. Der betroffene Mensch soll die begleitende Fachkraft als Bezugsperson auch bei Hilfe- wechsel möglichst behalten können.

Teilhabe

Gleichberechtigt mit allen anderen Bürgern und Bürgerinnen sollen psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen in die Gesellschaft einbezogen sein und an ihr teilhaben. Die Unterstützung durch das bürgerschaftliche Engagement (Bürgerhelfer und -helferinnen) spielt dabei eine wichtige Rolle.

Mitbestimmung und Selbstbestimmung

Psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen sollen bei der Planung und Bewertung der für sie bestimmten Einrichtungen, Dienste und Angebote vertreten sein. Sie sollen nicht als „Objekt“ der Versorgung behandelt werden, sondern als handelndes „Subjekt“ selbstbestimmt mitwirken können.

Entstigmatisierung

Vorurteile und Vorbehalte gegenüber psychischen Erkrankungen sind - aus Unkenntnis oder Abwehr gegenüber Anders-Sein - leider weit verbreitet. Sie führen zu einer sozialen Diskriminierung der Betroffenen, auch Stigmatisierung genannt (griech. stigma, Wund- oder Brandmal), und damit in einen Teufelskreis von Abwertung und Ausgrenzung.

Entstigmatisierung fördert die Lebensqualität der Erkrankten. Die Hilfeangebote im Behandlungsalltag haben daher den Qualitätsanspruch, nicht brandmarkend, abwertend oder ausgrenzend zu wirken. Anti-Stigma-Kampagnen unterstützen aber auch die Prävention, damit nicht die Angst vor Stigmatisierung verhindert, dass professionelle Hilfe rechtzeitig in Anspruch genommen wird. Information der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen und wie sie bewältigt werden, bleibt daher eine wichtige Aufgabe.



Der jährliche Welttag der seelischen Gesundheit am 10. Oktober sowie der Landespsychiatrietag mit seinem hohen Zulauf tragen zur Entstigmatisierung psychischer Störungen bei.

2. DATEN UND FAKTEN

Psychische Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Dies lässt sich mit einer Vielzahl von Daten belegen. Durch rechtzeitige und korrekte Versorgung wären möglicherweise viele Krankschreibungen, Frühberentungen und Selbsttötungen vermeidbar.

Wie häufig sind psychische Erkrankungen?

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe eines Lebens wegen einer psychischen Störung ärztliche Behandlung zu benötigen, beträgt mehr als 40%. Im Laufe eines Jahres benötigt fast jeder dritte Bundesbürger entsprechende Hilfen, wobei Frauen häufiger erkranken als Männer. Angsterkrankungen und Depressionen stehen dabei im Vordergrund der Störungsbilder.

Tabelle 1:
Häufigkeit psychischer
Erkrankungen

In Deutschland werden mindestens einmal psychisch krank:		
Gesamt	Frauen	Männer
42,6 %	48,9 %	36,8 %
im Verlauf ihres Lebens		
31,1 %	37,0 %	25,3 %
im Zeitraum eines Jahres		

Quelle:

Jacobi F., Klose M.,
Wittchen H.-I.;

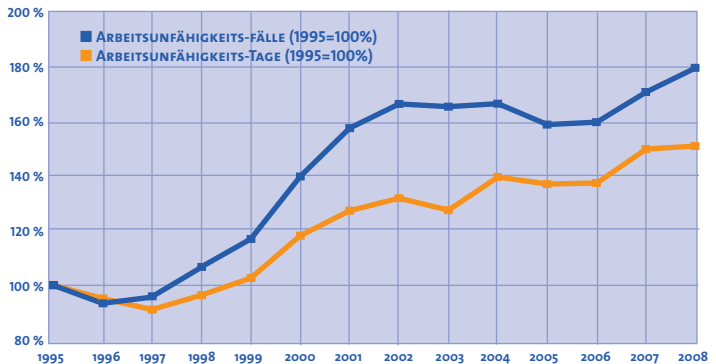
Psychological Medicine 2004

Nehmen psychische Erkrankungen zu?

Eine Zunahme psychischer Störungen wird vermutet, weil sich seit 1995 die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen psychischer Erkrankungen fast verdoppelt hat. Dabei dauert die Arbeitsunfähigkeit mit durchschnittlich 22,5 Tagen deutlich länger als bei allen anderen häufigen Erkrankungen.

Abbildung 1:
Arbeitsunfähigkeit durch
psychische Erkrankungen
(AOK-Mitglieder 1995 – 2008)

Quelle:
Wissenschaftliches
Institut der AOK 2009



Welche Folgen haben psychische Erkrankungen?

Psychische Erkrankungen sind u.a. für ein Drittel aller vorzeitigen Berentungen in Deutschland wie auch in Baden-Württemberg verantwortlich. Bei manchen Erkrankungen wie z.B. der Schizophrenie bezieht die Mehrzahl der Betroffenen bereits vor dem 40. Lebensjahr eine Rente.

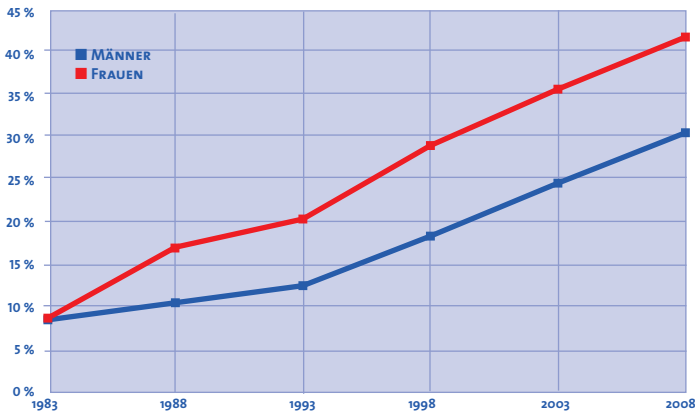


Abbildung 2:
Anteil psychischer
Erkrankungen als Ursache von
Frühberentungen

Quelle: Deutsche
Rentenversicherung
Baden-Württemberg 2010

Suizid als letzter Ausweg?

Gezielte Bemühungen haben dazu geführt, dass die Zahl der Selbsttötungen in Baden-Württemberg in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Trotzdem sterben Jahr für Jahr mehr als 1.000 Menschen durch Suizid, etwa doppelt so viele wie durch Verkehrsunfälle. Die Zahl der Selbsttötungsversuche ist noch deutlich höher, wobei in den allermeisten Fällen eine behandelbare psychische Erkrankung Ursache des Sterbewunsches ist.

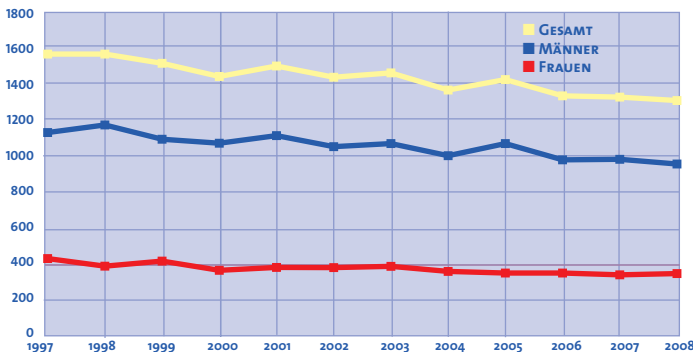


Abbildung 3:
Anzahl der Todesfälle durch
Suizid in Baden- Württemberg

Quelle:
Statistisches Landesamt
Baden- Württemberg 2010

3. STRUKTURQUALITÄT



Der „Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg“ enthält die Rahmenplanung des Landes, die die politischen Ziele und Perspektiven angibt.

Ambulante Behandlung ist eine Leistung der Krankenkassen.

Das Kapitel „Strukturqualität“ behandelt die Bausteine, aus denen sich das Versorgungssystem für Menschen mit psychischer Erkrankung zusammensetzt.

3.1 STRUKTURPLANUNG

Um eine gute Versorgungsstruktur zu schaffen, greifen verschiedene Planungsebenen und -bereiche ineinander:

- Psychiatrieplan des Landes als umfassender Rahmen,
- Krankenhausplan des Landes,
- Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung,
- Planungen der sozialgesetzlichen Leistungsträger, beispielsweise der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit, der Pflegeversicherung und der örtlichen Sozialhilfe (Stadt- und Landkreise),
- kommunale Planung der Daseinsvorsorge.

3.2 BAUSTEINE DER VERSORGUNG

Fachärztliche und psychotherapeutische Praxen

Die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ist in Baden-Württemberg (2010) sichergestellt durch

- 1.573 Nervenärzte und -ärztinnen, Fachärzte und -ärztinnen für Neurologie, Psychiatrie (und Psychotherapie), Psychosomatische Medizin,
- 1.657 Psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen,
- 119 Fachärzte und -ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- 395 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen,
- 489 sonstige Ärzte und Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Es ist trotzdem nicht ausschließen, dass es lokal zu Versorgungsengpässen kommen kann.

Soziotherapie

Mit Soziotherapie wird die ambulante Behandlung unterstützt. Zielgruppe sind Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, selbstständig die erforderlichen ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die soziotherapeutische Fachkraft führt mit dem Patienten bzw. der Patientin entsprechende Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen durch. Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des betroffenen Menschen statt und ist zeitlich begrenzt. Sie ist in allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs nach ärztlicher Verordnung beim Sozialpsychiatrischen Dienst erreichbar.

Häusliche Krankenpflege

Auch Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, um das Ziel der ärztlichen Behandlung zu sichern oder eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Eine spezifische Leistung ist die „Psychiatrische Krankenpflege“, die Maßnahmen zur Bewältigung von Krisen sowie kompensatorische Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen umfasst. Sie kann nur bei bestimmten Diagnosen verordnet werden, wird im Einzelfall mit der Soziotherapie abgestimmt und ist zeitlich befristet. Pflegedienste sind in Baden-Württemberg flächendeckend vorhanden; für „Psychiatrische Krankenpflege“ haben sieben Pflegedienste einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen (2010).

Ergotherapie

Auf ärztliche Verordnung wird Ergotherapie, die in Kliniken zum Regelangebot gehört, auch ambulant eingesetzt. Ergotherapie ist eine Arbeits- und Beschäftigungstherapie zum Training sozioemotionaler Funktionen sowie alltagspraktischer und beruflicher Fertigkeiten. 2009 gab es 907 ambulant tätige Ergotherapeuten und -therapeutinnen in Baden-Württemberg.

Soziotherapie (§ 37a SGB V) und Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) sind Leistungen der Krankenkassen.



3. STRUKTURQUALITÄT

*Stationäre und
teilstationäre Behandlung
ist eine Leistung der
Krankenkassen.*

Krankenhäuser

In Baden-Württemberg besteht ein gut ausdifferenziertes Angebot an stationären Behandlungsmöglichkeiten. Großen Anteil daran haben die sieben Zentren für Psychiatrie. Sie entstanden aus den neun ehemaligen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und sind selbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts. Daneben gibt es weitere Fachkrankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft. Hinzu kommen zahlreiche psychiatrische und psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Das Streben nach wohnortnaher Versorgung wird zusätzlich durch Satelliten-Stationen, beispielsweise der Zentren für Psychiatrie, unterstützt. Für einzelne psychische Störungen wie Zwänge, Ängste, Depressionen oder nach einer Traumatisierung wurden spezialisierte Angebote eingerichtet, für die größere Einzugsgebiete notwendig sind. Mit separaten Fachplanungen hat die Krankenhausplanung des Landes in den letzten Jahren die „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ sowie die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ausgebaut. Für psychisch erkrankte Menschen stehen im Land nun insgesamt 8.036 Betten in 126 Krankenhäusern zur Verfügung.

*Tabelle 2:
Stationäre Behandlung*

Krankenhaus/Fachabteilung	Kliniken	Betten
Psychiatrie und Psychotherapie	54	6.089
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22	589
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	50	1.358

Quelle: Landeskrankenhäusplan Juni 2010

Die stationäre Behandlung psychosomatisch erkrankter Menschen wurde auch in den somatischen Abteilungen der Krankenhäuser verbessert: durch integrierte Psychotherapie sowie durch psychosomatische und psychotherapeutische Konsiliar- und Liaison-Dienste, die Therapieempfehlungen aussprechen bzw. mit behandeln. Für die angemessene Personalausstattung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenen- sowie des Kindes- und Jugendalters ist seit 1991 bundesweit die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) grundlegend.

Tageskliniken

Für Menschen mit psychischer Erkrankung, die nicht der vollstationären Behandlung, wohl aber komplexer Therapieprogramme wie in einem Krankenhaus bedürfen, gibt es teilstationäre Hilfe: Die Patienten und Patientinnen sind montags bis freitags ganztägig in einer Tagesklinik. Abends und zum Wochenende kehren sie heim und bleiben so in ihrem Lebensumfeld. Das Angebot an tagesklinischen Plätzen wurde in den letzten Jahren in Baden-Württemberg ausgebaut.

Tagesklinik	Kliniken	Plätze
Psychiatrie und Psychotherapie	42	1.228
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	16	240
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	11	146

Tabella 3:

Teilstationäre Behandlung

Quelle: Landeskrankenhausplan Juni 2010

Psychiatrische Institutsambulanzen

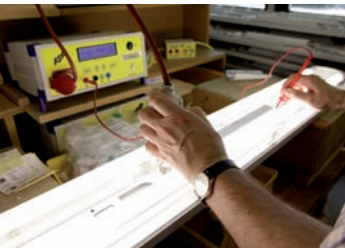
Ab 2002 wurden in Baden-Württemberg an psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser sogenannte Institutsambulanzen eingerichtet. Die Zielgruppe sind schwer psychisch kranke Menschen, die der krankenhaushen ambulanten Behandlung bedürfen, weil sie durch andere Versorgungsangebote nicht im erforderlichen Maß erreicht werden. Das Angebot schließt ein breites Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen ein, auch Hausbesuche. 2010 gibt es in Baden-Württemberg 46 Psychiatrische Institutsambulanzen.

Medizinisch-berufliche Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationsmaßnahmen umfassen medizinisch-ärztliche und andere Therapieeinheiten, um den Gesundheitszustand zu stabilisieren und zu verbessern, Krankheitsfolgen zu behandeln und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Sie sind stationär, teilstationär oder ambulant möglich. In Baden-Württemberg stehen insgesamt ca. 3.100 Betten in 47 Rehabilitationseinrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin zur Verfügung. Dort können auch längerfristige Heilverfahren zur Behandlung beispielsweise von Depressionen, Anpassungs-, Schmerz-, Persönlichkeits- und Essstörungen durchgeführt werden.

Leistungsträger der Rehabilitation sind vor allem die Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und die Krankenkassen

3. STRUKTURQUALITÄT



Die Plätze im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen sind eine Leistung der Eingliederungshilfe des Sozialhilfeträgers.

Die Berufsbildung in der Werkstatt wird in der Regel von der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherung finanziert.

Integrationsfachdienste werden im Auftrag des Integrationsamtes, der Rehabilitationsträger oder der Agenturen für Arbeit tätig.

www.ifd-bw.de

Ein spezifisches Reha-Angebot ist - neben Berufstrainingszentren (BTZ) - die RPK (Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen), die in Baden-Württemberg 1989 geschaffen wurde und medizinische, berufliche sowie soziale Rehabilitation integriert. Zielgruppe sind jüngere Erwachsene mit schwerer psychischer Erkrankung, die eine neue Berufs- und Lebensperspektive entwickeln wollen. Baden-Württemberg verfügt über ca. 180 stationäre RPK-Plätze (2010). Darüber hinaus gibt es auch teilstationäre und ambulante RPK-Angebote.

Werkstätten für behinderte Menschen

Wer wegen einer Behinderung den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht gewachsen ist, findet in einer Werkstatt für behinderte Menschen sowohl eine Rehabilitationsmöglichkeit mit der Aussicht auf Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt als auch ein berufliches Angebot. Die Werkstätten bieten zwar kein reguläres Arbeitsverhältnis, aber eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung: Die Betroffenen erwerben dort Rentenansprüche und erhalten ein Entgelt. Die Tätigkeitsfelder sind meist breit gefächert: z.B. Verpackung, Montage oder Gärtnerei. Die Beschäftigten werden sozialpädagogisch betreut. Werkstätten für seelisch behinderte Menschen sind nahezu flächendeckend ausgebaut. In Baden-Württemberg sind rund 5.500 Menschen mit psychischer Erkrankung im Arbeitsbereich der Werkstätten beschäftigt.

Integrationsfachdienste

Die Integrationsfachdienste (IFD) können behinderte, schwerbehinderte und den Schwerbehinderten gleichgestellte Menschen bei der Suche, Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer geeigneten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen. Nicht nur die betroffenen Menschen selbst werden begleitet. Auch die Arbeitgeber erhalten Beratung und Unterstützung zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. Integrationsfachdienste stehen flächendeckend zur Verfügung.

Integrationsunternehmen

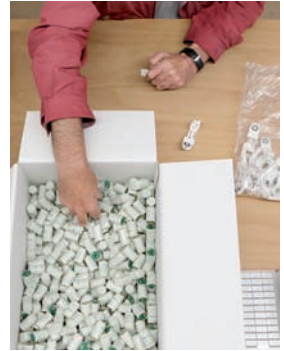
In vielen Stadt- und Landkreisen gibt es sogenannte Integrationsunternehmen oder unternehmensinterne Integrationsbetriebe bzw. Integrationsabteilungen, in denen Menschen mit und ohne Behinderung arbeiten. Auf 25 bis 50% der Arbeitsplätze eines solchen Integrationsprojektes werden schwerbehinderte Menschen dauerhaft beschäftigt. Integrationsprojekte sind dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnen. Nach Anforderungen und internen Unterstützungsmöglichkeiten können sie zwischen der Werkstatt für behinderte Menschen und dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeordnet werden.

Tagesstätten

Ein allgemein zugängliches Angebot zur Tagesstrukturierung sind die Tagesstätten für psychisch kranke Menschen. Sie werden von Fachkräften betreut, sind regelmäßig werktags geöffnet, geben Gelegenheit zu Begegnung und Kontakt mit Menschen mit und ohne Behinderung, bieten Mahlzeiten gegen geringes Entgelt und organisieren gemeinsame Freizeitaktivitäten sowie Wochenendangebote. Vielfach wird mit Beschäftigungsangeboten ein kleiner Zuverdienst ermöglicht. Tagesstätten gibt es in allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs.

Sozialpsychiatrische Dienste

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist ein psychosozialer Fachdienst im Zentrum des gemeindepsychiatrischen Netzwerks, der beratend, begleitend und unterstützend tätig wird - auch aufsuchend. Zielgruppe sind (chronisch) psychisch kranke Menschen, die selbstständig leben, dazu Hilfe benötigen, aber nicht in der Lage sind, entsprechende sozialrechtliche Leistungen regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Der Dienst leistet Vorsorge, Nachsorge sowie Krisenintervention und vermittelt gegebenenfalls Hilfen. Er berät auch Angehörige und koordiniert Selbsthilfegruppen. Sozialpsychiatrische Dienste sind in jedem Stadt- bzw. Landkreis Baden-Württembergs verfügbar.



Tagesstätten sind pauschal finanzierte Leistungen der Sozialhilfeträger (Stadt- und Landkreise).

Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden vom Land und den Stadt- und Landkreisen gefördert sowie aus Eigenmitteln der Träger finanziert. Für die Strukturqualität sorgen die Stadt- und Landkreise.

3. STRUKTURQUALITÄT

Betreutes Wohnen, auch im Heim, ist eine Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Leistungsträger sind die Sozialhilfeträger (Stadt- und Landkreise).



Ambulant betreutes Wohnen

Menschen mit seelischer Behinderung können ambulante Betreuung erhalten, um selbstständig - allein, zu zweit oder in einer Wohngemeinschaft - zu leben. Die Betroffenen werden wöchentlich einmal oder mehrmals von einer Fachkraft betreut. Sie erhalten Unterstützung bei der sozialen Teilhabe und Begleitung in allen Lebensfragen - etwa bei der Haushaltsführung, bei Behördengängen oder zur Krisenprävention. Ambulant betreutes Wohnen ist flächendeckend ausgebaut. 2010 werden rund 4.600 Menschen in Baden-Württemberg so betreut.

Betreutes Wohnen in Familien

Menschen mit Behinderung können vorübergehend oder dauerhaft in eine Gastfamilie aufgenommen werden, wenn sie zu selbstständiger Lebensführung nicht in der Lage sind, stationärer Hilfe aber (noch) nicht oder nicht mehr bedürfen. Die Gastfamilie erhält ein Betreuungsentgelt. Familie und betroffener Mensch werden von einer sozialpädagogischen Fachkraft begleitet. Fast 500 seelisch behinderte Menschen nutzen „Betreutes Wohnen in Familien“. Baden-Württemberg ist hier bundesweit führend.

Wohnheime

Wer mehr Unterstützung als im ambulant betreuten Wohnen benötigt, kann in einem Wohnheim stationär versorgt werden. Dort ist rund um die Uhr Fachpersonal zur Unterstützung und Begleitung in allen Lebensbereichen verfügbar. Rund 4.500 seelisch behinderte Menschen im Land leben in einem Wohnheim und werden in ihren Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe gefördert. Dabei kann häufig der Übergang in eine Betreuung außerhalb des Heims erreicht werden. Vielfach werden Plätze in Außenwohngruppen ausgelagert.

Pflegeheime

Wer auf Grund einer psychischen oder zusätzlichen körperlichen Erkrankung pflegebedürftig ist und täglich Betreuung über 24 Stunden benötigt, kann in einem Pflegeheim für psychisch kranke Menschen versorgt werden. Fachspezifische Pflegeheime kombinieren die Pflege mit Maßnahmen zur Teilhabe an der Gemeinschaft. Rund 1.000 solcher Plätze gibt es in den Zentren für Psychiatrie und zahlreiche weitere in Einrichtungen beispielsweise der freien Wohlfahrtspflege. Alten- und Pflegeheimen, die auch jüngere psychisch kranke Menschen aufnehmen, fehlt oft eine psychiatriespezifische Qualifikation.

Pflegeheime haben Versorgungsverträge mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern.

Persönliches Budget

Behinderte Menschen können anstelle von Dienst- oder Sachleistungen der Rehabilitationsträger ein Persönliches Budget in Anspruch nehmen. Mit dem Geldbetrag finanzieren sie eigenständig die Leistungen, die sie zur Deckung ihres Hilfebedarfs benötigen. Dies stärkt die Selbstbestimmung des behinderten Menschen. Im Jahr 2008 wurden in Baden-Württemberg von den Sozialhilfeträgern 543 persönliche Budgets bewilligt, davon knapp ein Drittel an Menschen mit seelischer Behinderung.

An einem Persönlichen Budget können z.B. folgende Leistungsträger beteiligt sein: Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Integrationsamt, Bundesagentur für Arbeit.

4. PROZESSQUALITÄT



Im Kapitel „Prozessqualität“ geht es um Abläufe und Verfahren in der Versorgung. Anhand von Beispielen soll deutlich werden, wie für gute Qualität in der Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter Menschen gesorgt wird.

4.1 GESETZLICHE VORGABEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Das Sozialgesetzbuch (SGB) enthält Bestimmungen zur Qualitätsentwicklung in den verschiedenen Arbeitsfeldern:

- SGB V (§§ 135 ff.) für den Bereich der Krankenbehandlung,
- SGB IX (§§ 20 f.) für den Bereich Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen,
- SGB XI (§§ 112 ff.) für den Bereich der Pflege,
- SGB XII (§§ 75 ff.) für den Bereich der Sozialhilfe.

*Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung:
www.mdk.de
www.mdkbw.de*

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat eine wichtige gesetzlich festgelegte Rolle bei der externen Qualitätsprüfung im Bereich der Kliniken, der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Pflegeheime. Der MDK arbeitet im Auftrag von Kranken- oder Pflegekassen, erledigt Beratungs- und Begutachtungsaufgaben nach Richtlinien des Spitzenverbandes der Kranken- bzw. der Pflegekassen und ist organisatorisch selbstständig sowie fachlich unabhängig. Er erstellt einzelfallbezogene medizinische Gutachten, befasst sich aber auch mit den grundsätzlichen Fragen der Versorgungs- und Leistungsstrukturen.

4.2 BEHANDLUNGSLEITLINIEN

*www.leitlinien.de
www.awmf-online.de
www.dgppn.de*

Zur ärztlichen Diagnose und Behandlung häufiger Krankheiten gibt es wissenschaftlich fundierte „Leitlinien“, die nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt sind und aktuell gehalten werden. Die drei Stufen der Erarbeitungsqualität dieser Leitlinien reichen vom einfachen Konsens einer Expertengruppe (S1) bis zu nachweisgestützten (evidenzbasierten) Empfehlungen repräsentativ zusammengesetzter Entwicklergruppen unter Patientenbeteiligung (S3). Im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sind derzeit beispielsweise S3-

Leitlinien für Unipolare Depression und Schizophrenie verfügbar. Die AWMF sieht vor, auch entsprechende „Patientenleitlinien“ herauszugeben, die die fachlichen Behandlungsstandards allgemein verständlich darstellen werden.

www.patienteninformation.de

Behandlungsleitlinien sind ein wertvolles Hilfsmittel zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis - aber nicht verpflichtend. Ihre Gültigkeit ist im Einzelfall stets zu überprüfen: Gegebenenfalls ist eine Anpassung an die individuelle diagnostische und therapeutische Notwendigkeit vorzunehmen.

4.3 QUALITÄT IN ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENPRAXEN

Seit 2006 muss in allen Praxen ein internes Qualitätsmanagement eingeführt werden, das in einer Richtlinie beschrieben und vorgeschrieben ist. Verlangt wird die Ausrichtung der Behandlung an fachlichen Standards und Leitlinien, die Patientenorientierung sowie -mitwirkung, Teambesprechungen, Patientenbefragungen, Regelungen für den Umgang mit Beschwerden und Fehlern, ein Notfallmanagement und die Dokumentation der Behandlungsverläufe. Eine Zertifizierung der einzelnen Praxis - wie nach QEP (Qualitätsentwicklung in Praxen) oder nach EPA (Europäisches Praxis-Assessment) - ist nicht vorgeschrieben.

Richtlinien zum Qualitätsmanagement im Internet unter www.g-ba.de

Qualitätsentwicklung in Praxen: www.kbv.de/qep

Qualitätszirkel haben sich als freiwilliges Instrument der Qualitätssicherung bewährt. Es handelt sich um moderierte ärztliche oder psychotherapeutische Kleingruppen, die sich regelmäßig zum Erfahrungs- und Wissensaustausch treffen. Ende 2009 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 224 Psychotherapeutische und 18 Psychiatrische Qualitätszirkel.

4.4 QUALITÄT IM KRANKENHAUS

Seit 2005 müssen die Krankenhäuser alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht erstellen und im Internet veröffentlichen. Darin werden die Struktur- und Leistungsdaten der Klinik, Daten zu ausgewählten Behandlungsergebnissen sowie Ziele, Aufbau und Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitäts-

Qualitätsberichte von Krankenhäusern sind im Internet zu finden, z.B. über www.gesundheitsforum-bw.de → Qualitätsberichte

4. PROZESSQUALITÄT



managements (QM) – auch zu Vergleichszwecken – dargestellt. Aus den Berichten der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken im Land lässt sich ein detailliertes Bild gewinnen. Die meisten Kliniken verfügen demnach über Qualitätszirkel, führen Patienten- sowie Mitarbeiterbefragungen durch und pflegen die Kooperation mit den Praxen im niedergelassenen Bereich. Eine wichtige Aufgabe des QM besteht darin, Behandlungsleitlinien einzuführen und deren Einhaltung zu prüfen. In allen Kliniken gibt es ein internes Beschwerdemanagement.

Der Übergang des Patienten bzw. der Patientin aus der Klinik in die Nachsorge und Rehabilitation bedarf besonderer Aufmerksamkeit (§ 11 SGB V). Nach dem Landeskrankenhausesgesetz hat der soziale Krankenhausdienst die Aufgabe, Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige zu beraten und dafür zu sorgen, dass die notwendigen Maßnahmen nach der Klinikentlassung eingeleitet werden.

Aus Wettbewerbsgründen stellen sich viele Krankenhäuser freiwillig einer externen fachlichen Bewertung ihrer Qualität. Es gibt bundesweit mehrere krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren. In der Psychiatrie am weitesten verbreitet ist KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), getragen von den Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und dem Hartmannbund. 25 der baden-württembergischen Kliniken, die psychisch kranke Menschen versorgen, verfügten 2010 über ein KTQ-Zertifikat. Es gilt jeweils für drei Jahre und ist dann zu erneuern.

www.ktq.de

4.5 QUALITÄT IN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN

Alle Einrichtungen für medizinische Rehabilitation unterliegen einer Qualitätssicherung durch regelmäßige Visitationen und verpflichtende Prüfungen durch den MDK und müssen nach SGB IX ihre internen Qualitätsmanagement-Verfahren nach den Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durch externe Experten überprüfen lassen. Die Deutsche Rentenversicherung wendet an den BAR-Kriterien orientierte, eigene Qualitätssicherungsprogramme zur Überprüfung ihrer Vertragseinrichtungen an.



4.6 QUALITÄT IN GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

Für Heime sind die Qualitätsvorgaben aus SGB XI und XII im Landesheimgesetz spezifiziert. Die Stadt- und Landkreise als Heimaufsichtsbehörden haben demnach ab 2011 die Pflicht, über die von ihnen geprüften Heime Qualitätsberichte zu erstellen. Die Heimaufsicht veröffentlicht den Qualitätsbericht mit Zustimmung der Einrichtungen.

Darüber hinaus gibt es noch keine landesweite Konkretisierung der Bestimmungen nach dem SGB XII, wonach Leistungsvereinbarungen auch Aussagen über die Qualität enthalten müssen. Für die nichtmedizinischen Einrichtungen und Dienste der Gemeindepsychiatrie, insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, ist die Prüfung der Qualität also weitgehend den Stadt- und Landkreisen als Leistungsträgern überlassen. Regelungen zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung finden sich im Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII, der

in Baden-Württemberg zwischen den kommunalen Landesverbänden und den Leistungserbringerverbänden besteht. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) ist von den Stadt- und Landkreisen beauftragt, die Verhandlungen zum Abschluss von Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen durchzuführen. Beim KVJS ist der Medizinisch-Pädagogische Dienst (MPD) angesiedelt, der neben seiner Hauptaufgabe – der Klärung des individuellen Hilfebedarfs – auch bei Fragen der Qualität von Leistungen der Eingliederungshilfe beteiligt werden kann.

www.ppq.info

Von den Leistungserbringern wurden eigene Systeme entwickelt, um die Qualität der gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen gezielt zu verbessern. So haben Diakonie und Caritas gemeinsam „ProPsychiatrieQualität (PPQ)“ für das Qualitätsmanagement in der Sozialpsychiatrie erstellt. PPQ umfasst Leitziele und Standards für Hilfeprozessgestaltung, Organisations- und Personalentwicklung, Gemeinwesenorientierung sowie Patientenbeteiligung. Als weiteres Beispiel ist das „AWO-Tandem-QM“ der Arbeiterwohlfahrt zu nennen.

4.7 PROJEKTBEISPIELE

Qualität in der Depressionsbehandlung

Dem Projekt „Qualitätsentwicklung in der Behandlung depressiver Erkrankungen in Baden-Württemberg“ des Universitätsklinikums Freiburg und der Landesärztekammer wurde 2005 der Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg verliehen. Ausgehend von einer Datensammlung von 24 baden-württembergischen Kliniken wurde mit Hilfe externer Vergleiche (Benchmarking) eine klinikinterne Behandlungsleitlinie entwickelt, die zu signifikanten Verbesserungen führte. Die Erkenntnisse aus diesem Projekt gingen in die bundesweite S3-Leitlinie der Fachgesellschaften ein.

*Informationen über die
Preisträger des Qualitäts-
förderpreises Gesundheit
Baden-Württemberg unter
www.gesundheitsforum-bw.de*

Reduzierung von Zwangsmaßnahmen

Wenn ein Patient oder eine Patientin zu einer unmittelbaren Gefahr für sich und andere wird, können Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation notwendig sein. Wie ist damit möglichst human und nicht traumatisierend umzugehen? Zu dieser Frage hat das Krankenhaus Weissenau des ZfP Südwürttemberg das Projekt „Erfassung und Reduzierung von Gewalt und Zwang in Psychiatrischen Krankenhäusern“ initiiert. Im Verlauf schlossen sich weitere Kliniken aus dem Land zum „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zusammen. Auf der Grundlage einer klinikübergreifenden Dokumentation wurden interne Leitlinien erstellt. Sie grenzen Zwangsmaßnahmen auf klar umschriebene Situationen ein und geben detaillierte Hinweise zu den Modalitäten, beispielsweise zur Überwachung fixierter Patienten und Patientinnen. Ergänzend wurden Schulungen zur Deeskalation von Gewaltsituationen erarbeitet. Durch die Maßnahmen konnten Zwangsmaßnahmen deutlich reduziert werden. Das Projekt war vom Bundesgesundheitsministerium gefördert worden und wurde ebenfalls mit dem Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg 2005 ausgezeichnet. Die Ergebnisse fanden inzwischen Eingang in eine S2-Leitlinie der Fachgesellschaften.

www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de



5. ERGEBNISQUALITÄT



Das Kapitel „Ergebnisqualität“ thematisiert, was mit der Behandlung erreicht wird. Um die Frage zu beantworten, woran sich der Erfolg der Versorgung bemisst, sind verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen: die der Patienten und Patientinnen, ihrer Angehörigen, der Leistungsträger und der Leistungserbringer. Sie haben zwar alle die psychische Gesundheit zum Ziel, unterscheiden sich aber in den Schwerpunkten ihrer Erwartungen und Vorgaben.

5.1 BEHANDLUNGSZUFRIEDENHEIT UND LEBENSQUALITÄT

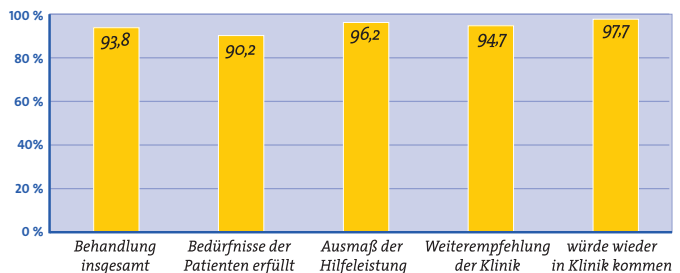
In vielen Einrichtungen wird regelmäßig die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen erfragt. Die Antworten spiegeln wider, wie der Nutzen der Behandlung subjektiv bewertet wird. Dabei geht es um mehr als „Kundenzufriedenheit“, da Patienten und Patientinnen auch selbst an der Erreichung des Versorgungsziels mitwirken und nicht nur „Nutzer“ sind. Der Rücklauf von Patientenfragebogen ist leider meist unvollständig. Das erschwert allgemein gültige Aussagen. Dennoch bleibt die Patientenzufriedenheit ein wichtiger Indikator für die Ergebnisqualität.

Eine landesweite Umfrage zur Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung an den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen erbrachte ein sehr positives Ergebnis (Abbildung 4). Ein ähnliches Bild ergab sich bei einer umfassenden Befragung von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen in außerklinischen Einrichtungen in Stuttgart, die jetzt auch in anderen Regionen Baden-Württembergs systematisch durchgeführt wird.

Abbildung 4:
Patientenzufriedenheit bei stationärer Behandlung depressiver Erkrankungen (Gesamtprozentanteil Qualitätsbewertung „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“)

Quelle:

Bermejo I., Berger M. u.a.,
Psychiatrische Praxis 2009



Ebenfalls subjektiv, aber umfassender ist die Bewertung der Lebensqualität. Hier fließen möglichst alle Elemente ein, die für das Wohlbefinden eines Menschen wichtig sind. Dazu gehören u.a. Gesundheitsaspekte, materielles Auskommen, Wohnen und soziale Vernetzung. Behandlung und Betreuung sollen zu einer spür- und messbaren Verbesserung der Lebensqualität führen. Interessant ist, dass persönliche Bewertungen sich im Detail nicht immer mit objektiven Gegebenheiten decken. So kann die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation bei Menschen in psychiatrischen Wohnheimen genauso gut oder schlecht sein wie bei jenen, die im eigenen Haus über sehr viel mehr Raum und Unabhängigkeit verfügen. Unterschiedliche individuelle Erwartungen spielen dabei eine Rolle.

*Beispielfragebogen zur
Lebensqualität:
[www.zi-mannheim.de/
gemeindepsychiatrie.html](http://www.zi-mannheim.de/gemeindepsychiatrie.html)*

5.2 FUNKTIONSNIVEAU

Die persönliche Leistungsfähigkeit in Alltagsbewältigung, Sozialkontakten und beruflichen Aktivitäten wird insgesamt mit dem Begriff Funktionsniveau umschrieben. Am Funktionsniveau lässt sich der Gesundheitszustand eines Menschen ablesen. Neben der Selbsteinschätzung wird hier vor allem die Fremdbeurteilung herangezogen. Mit Hilfe wissenschaftlicher Messmethoden können vergleichbare Feststellungen getroffen werden.

Der Grad der Wiederherstellung des Funktionsniveaus gilt als wichtiges Ergebnis vor allem in der medizinischen Rehabilitation. Seit dem Jahr 2004 ist die Anwendung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) für die Rehabilitationseinrichtungen bundesweit vorgeschrieben. Auch die rehabilitativ tätigen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Baden-Württemberg orientieren sich an der ICF. Verschiedentlich, wie in den RPK-Einrichtungen, kommen ergänzende Dokumentationsverfahren hinzu.

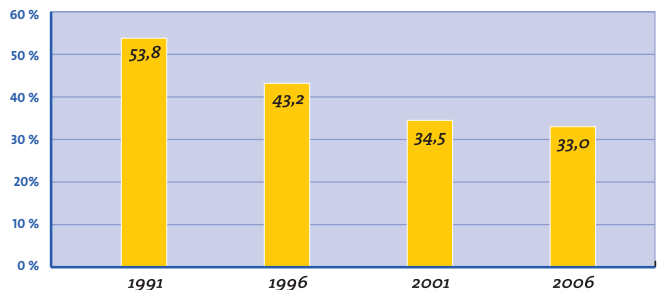
Eine eher allgemein orientierte Bewertung des Funktionsniveaus erfolgt im Rahmen der Basisdokumentation der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Baden-Württemberg. Neben vielen anderen behandlungsrelevanten Daten wird hier der GAF-Wert erhoben. Nach der Skala des GAF (*Global Assessment of Functioning* - Globale Erfassung des Funktionsniveaus) wird die Beeinträchtigung in den sozialen und beruflichen Funktionen durch eine psychische Störung eingeschätzt. Da die Daten sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung erhoben werden, ermöglichen sie objektive Aussagen zur Ergebnisqualität der Behandlung.

5.3 VERWEILDAUER

Eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus ohne Beeinträchtigung der Behandlungsergebnisse ist ein stetes Anliegen. Sie gilt daher näherungsweise als ein Kriterium für die Ergebnisqualität. Die Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken ist in Baden-Württemberg seit 1991 deutlich gesunken (Abbildung 5). Dies hängt mit der Optimierung der Behandlung, aber auch mit dem Ausbau ambulanter Versorgungsangebote und der engeren Kooperation zwischen Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie zusammen. Anzumerken ist allerdings, dass sich im gleichen Zeitraum die Fallzahlen in den Kliniken deutlich erhöhten. Möglicherweise werden psychiatrische Erkrankungen besser erkannt und gesellschaftlich eher akzeptiert als früher. Bei einem weiteren Absenken der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus könnte aber auch das Rückfallrisiko zunehmen.

Abbildung 5:
Durchschnittliche
Verweildauer in Tagen in
Psychiatrischen Kliniken

Quelle: Statistisches
Landesamt Baden-
Württemberg 2009



Die Dauer der Betreuungsarbeit ist auch in der außerklinischen Versorgung von Bedeutung. So liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Wohnheimen häufiger über zehn Jahre, während das ambulant betreute Wohnen in der Regel zwei bis fünf Jahre in Anspruch genommen wird.

5.4 QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

Die Ergebnisqualität muss auch in der Relation zum personellen und finanziellen Aufwand gesehen werden. Wegen der Pluralität der Leistungsträger und der Leistungsanbieter ist es freilich schwierig, einen Gesamtblick auf die Versorgungskosten zu bekommen. Deutlich ist, dass die Ausgaben der Krankenkassen sowie der Sozialhilfeträger für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in den letzten Jahren gestiegen sind.

Was die Effizienz der Ressourcenverwendung betrifft, gibt es nur wenige Untersuchungen. Diese weisen kritisch darauf hin, dass eine zu starre Trennung zwischen stationärem und ambulantem Bereich einer Versorgungsverbesserung im Wege steht. Durch verschiedene Modelle der integrierten Versorgung und trägerübergreifender Budgets sind hier regional bereits Verbesserungen im Gange.

Ferner greift die Fachdiskussion verschiedentlich die Frage auf, ob auch alle Zielgruppen der Versorgung angemessen erreicht werden:

- ob psychische Störungen (wie Depressionen) vielleicht oft verkannt und deshalb nicht rechtzeitig und wirksam therapiert werden,
- ob die Psychotherapie, auf die ein hoher Anteil der Krankenkassenkosten für die ambulante Behandlung psychischer Störungen entfällt, auch den schwerstkranken Menschen (wie bei Schizophrenie) angemessen zugutekommt,
- ob die zunehmende Gruppe junger psychisch kranker Erwachsener im Versorgungssystem geeignete Hilfen bekommt
- und ob eine kleine, aber nicht zu übersehende Gruppe psychisch kranker Menschen von der psychiatrischen Ver-



sorgung überhaupt erfasst wird: sozial wenig integrierte Menschen, oft wohnungslos und mit Alkohol- oder Drogenproblemen, die sich selbst nicht für krank halten, einer ärztlichen Untersuchung aus dem Weg gehen und daher die nötigen Hilfeangebote nicht in Anspruch nehmen (können).

5.5 SELBSTHILFE UND BÜRGERENGAGEMENT

Der unmittelbarste Anzeiger für Versorgungsqualität sind die betroffenen Menschen selbst. Daher sollen im Folgenden die Selbsthilfe und das Bürgerengagement betrachtet werden. Der Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Menschen und der Kontakt zu „gesunden“ Mitmenschen, die Verständnis für Handicaps haben, sind hoch zu schätzen, weil sie persönlich unterstützen und sozial stabilisieren. Insofern sind Selbsthilfegruppen und Bürgerhilfe selbst Kennzeichen einer guten Versorgungslandschaft. Sie wirken gleichzeitig als wichtige externe Qualitätskontrolle für das Versorgungssystem. Sie sind unerlässlich als Interessenvertreter, als Stimme der Betroffenen.

Trialog und Tetralog

Im Trialog wirken drei Gruppen von Beteiligten auf gleicher Augenhöhe zusammen und bringen dabei ihre Kompetenzen ein. Der Trialog ist eine grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur in der Gemeindepsychiatrie. Partner sind hier

- die Betroffenen selbst, also Menschen, die psychisch krank sind oder waren und sich – wegen ihrer Behandlungserfahrung in der Psychiatrie – auch Psychiatrie-Erfahrene nennen,
- die Angehörigen, die als engstes soziales Netz der Erkrankten von der Krankheit mit betroffen sind,
- die Fachkräfte sowie die Vertreter und Vertreterinnen der Institutionen, die für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen tätig sind – sei es in Politik und Verwaltung oder auf der Ebene der Leistungsträger und Leistungserbringer.

Man spricht – statt vom Trialog – auch vom Tetralog, wenn

- die Bürgerhelfer und -helferinnen, die sich für psychisch erkrankte Menschen engagieren, mit einbezogen werden.

Trialog (griechisch

„treis, tria“ – drei;

„logos“ – Wort)

bedeutet so viel wie

Unterredung dreier Seiten.

Tetralog steht entsprechend

für vier Seiten.

Wie auf der Ebene der individuellen Hilfeprozesse die Selbstbestimmung und das unmittelbare Umfeld des Patienten bzw. der Patientin einzubeziehen sind, so gilt diese Partizipation auch auf der institutionellen Ebene. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Bürgerhilfe sind bei der Ausgestaltung von Diensten und Einrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung des regionalen Hilfesystems anzuhören.

Verbände und Vereinigungen

In allen Regionen Baden-Württembergs gibt es örtliche Initiativen von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen-Gruppen sowie bürgerschaftliche Vereinigungen zur Unterstützung psychisch kranker Menschen. Um den überörtlichen Erfahrungsaustausch nach innen und eine wirkungsvolle Interessenvertretung nach außen zu pflegen, haben sich Landesverbände gebildet, die mit Sitz und Stimme im Landesarbeitskreis Psychiatrie vertreten sind:

- der „Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.“,
- der „Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“ sowie
- der „Landesverband Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e.V.“, der selbst tetralogisch strukturiert ist und unter seinem Dach die Bürgerhilfe (früher „Laienhilfe“) etablierte.

Das Land unterstützt die Selbsthilfe und das bürgerschaftliche Engagement im Psychiatriebereich regelmäßig mit Zuschüssen an den Hilfsverein für seelische Gesundheit in Baden-Württemberg e.V., der die Mittel an die einzelnen Gruppen und Vereinigungen weiterbewilligt.

Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen

In 26 der 44 Stadt- und Landkreise im Land gibt es ehrenamtliche, kommunal bestellte Patientenfürsprecher und Patientenfürsprecherinnen oder (trialogisch bzw. tetralogisch zusammengesetzte) Beschwerdestellen. Sie vertreten die Belange der psychisch erkrankten Menschen in individuellen Konfliktsituationen sowie in den Gremien.



Abbildung 6:
Beteiligte des Tetralogs

Die Adressen der Selbsthilfe in den einzelnen Stadt- und Landkreisen sowie der Landesverbände stehen im „Wegweiser Psychiatrie“: www.sozialministerium-bw.de → Gesundheit → Psychiatrische Versorgung

Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen sind ebenfalls im „Wegweiser Psychiatrie“ aufgeführt.

6. REGIONALQUALITÄT



Im Kapitel „Regionalqualität“ geht es um die Versorgung in den Regionen des Landes. Zunächst wird gefragt, wie weit die Bausteine der Versorgung in den einzelnen Stadt- und Landkreisen verfügbar sind. Dann wird beleuchtet, wie in den Stadt- und Landkreisen die medizinischen, therapeutischen, rehabilitativen und psychosozialen Angebote vernetzt werden, um bedarfsgerechte, wohnortnahe und gut koordinierte Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu gewährleisten.

6.1 REGIONALE VERSORGUNG

Wegweiser Psychiatrie

Einen Einblick in die regionalen Versorgungslandschaften bietet der „Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg“. Er ist nach Regierungsbezirken, Regionen sowie Stadt- und Landkreisen gegliedert und enthält die Adressen aller Einrichtungen und Dienste für psychisch erkrankte Menschen, einschließlich Selbsthilfe-, Kontakt- und Freizeitgruppen. Der Wegweiser steht im Internet bereit und wird zweimal jährlich aktualisiert. Die Anschriften der Facharztpraxen für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin sowie der Praxen für Psychologische Psychotherapie können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer erfragt werden und sind im Internet zugänglich.

Mehrere Stadt- und Landkreise geben ferner eigene Wegweiser als Broschüre heraus, die über die örtlichen Angebote für psychisch erkrankte Menschen umfassend informieren.

Wegweiser Psychiatrie

Baden-Württemberg:

www.sozialministerium-bw.de

*→ Gesundheit → Psychiatri-
sche Versorgung.*

Anschriften von Ärzten

und Psychologen:

*www.kvbawue.de → *Arzt*suche*

Regionale Unterschiede

Unverkennbar gibt es Unterschiede in der regionalen Verteilung und Ausgestaltung der Hilfeangebote. Die strukturellen Besonderheiten von Ballungsräumen oder dünner besiedelten ländlichen Gebieten wirken sich aus. Historisch gewachsene Versorgungsstrukturen spielen zudem eine Rolle. Im 19. Jahrhundert wurden fernab der großen Städte Anstalten zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen eingerichtet, die sich bis heute als Standorte von Fachkrankenhäusern, Pflegeheimen und Rehabilitationskliniken erhalten haben.

Mit der Verwaltungsstrukturreform 2005 erhöhte sich der Gestaltungsspielraum der Stadt- und Landkreise. Nun können die örtlichen Gegebenheiten und Erfordernisse besser berücksichtigt werden. Dadurch variieren die Maßnahmen von Kreis zu Kreis. Die größere Bürgernähe und die Vielfalt an Erfahrungen wirken sich überwiegend positiv aus.

6.2 REGIONALE VERNETZUNG

Für psychisch erkrankte Menschen ist häufig eine komplexe Hilfe nötig, die sich aus unterschiedlichen Maßnahmen zusammensetzt. Dabei sind oft verschiedene Leistungsträger (Kostenträger) und Leistungserbringer betroffen. Die Hilfen müssen miteinander abgestimmt werden, schwellenlos aufeinanderfolgen sowie je nach Krankheitsphase auch angemessen gewechselt werden können. Deshalb ist die Vernetzung der Angebote im Psychiatriebereich besonders weit entwickelt (vgl. Abbildung 7). Die Strukturen auf Kreisebene werden im Folgenden beschrieben. Darüber hinaus sind örtliche Netzwerke wie Qualitätszirkel, Praxisnetze oder „Bündnisse gegen Depression“ zu erwähnen.

*Regionale Bündnisse
gegen Depression:
www.buendnis-depression.de*

6. REGIONALQUALITÄT

Ansprechpartner für die regionale Vernetzung der Angebote, PAK und GPV sind bei der Psychiatrieplanung in den Sozial- oder Gesundheitsdezernaten der Stadt- und Landkreise zu finden.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbund: www.bag-gpv.de

In fast allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs gibt es GPV-Vereinbarungen.

Drei Viertel der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg verfügen über ein GPZ. Die Adressen stehen im Wegweiser Psychiatrie: www.sozialministerium-bw.de → Gesundheit → Psychiatrische Versorgung.

Psychiatrie-Arbeitskreis (PAK)

Der PAK ist ein Gremium unter Leitung des Stadt- bzw. Landkreises, in dem die örtlichen Leistungsträger (z.B. Krankenkassen, Agentur für Arbeit), Leistungserbringer (z.B. Kliniken, niedergelassene Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände wie z.B. Caritas, Diakonie, Parität, AWO) sowie Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhilfe und Patientenfürsprecher vertreten sind. Der Stadt- bzw. Landkreis wird vom PAK in Fragen der Psychiatrieplanung und der institutionellen Koordination der Hilfeangebote beraten. Im Rahmen des PAK wird auch der Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden geplant und koordiniert.

Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)

Der GPV ist ein Zusammenschluss der Einrichtungen und Dienste für psychisch kranke Menschen sowie der Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe in einem geographisch begrenzten Gebiet mit dem Zweck der Kooperation. Im GPV verpflichten sich die Leistungserbringer vertraglich, die Versorgung der psychisch kranken Menschen innerhalb der Region in guter Qualität zu gewährleisten. Die Federführung bei der Gestaltung des GPV hat der Stadt- bzw. Landkreis. In der weiteren Entwicklung der Verbände sind gemeinschaftliche Fragen der Steuerung, der Dokumentation und der Qualitätssicherung zu klären.

Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)

Als Anlaufstelle für die betroffenen Menschen gibt es innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes das GPZ. Hier sind unter einem Dach – oder zumindest in naher Nachbarschaft – verschiedene ambulante Einrichtungen und Dienste erreichbar, die nach einer Kooperationsvereinbarung eng zusammenarbeiten. Zu einem GPZ gehören namentlich der Sozialpsychiatrische Dienst, der Soziotherapie-Erbringer, die Tagesstätte und die Institutsambulanz. Häufig sind dort auch z.B. Büros des Betreuten Wohnens sowie Selbsthilfegruppen und Freizeitklubs zu finden.

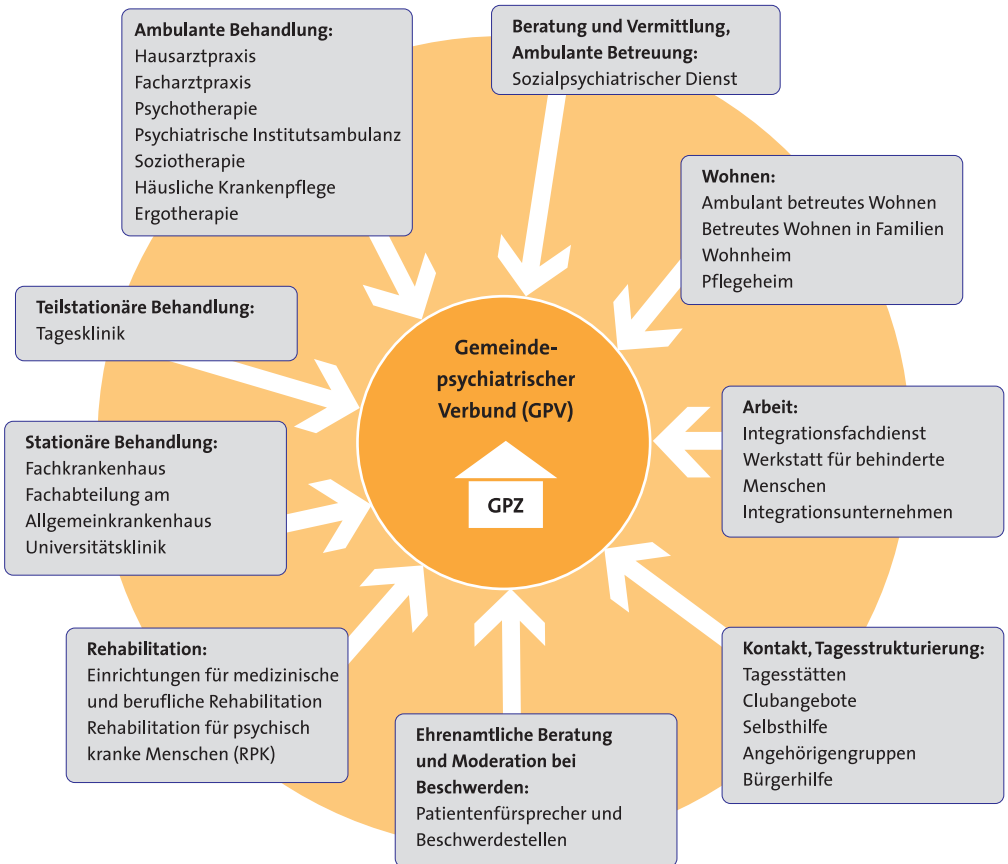


Abbildung 7:

Netzwerk zur Unterstützung von psychisch kranken Menschen

Den ersten Zugang zu Behandlungsleistungen (auf der linken Seite der Abbildung) bekommt man in der Regel über die Hausarztpraxis. Zu den gemeindepsychiatrischen Angeboten (auf der rechten Seite der Abbildung) vermittelt der Sozialpsychiatrische Dienst oder das GPZ (Gemeindepsychiatrisches Zentrum), das im Kern des Gemeindepsychiatrischen Verbundes verschiedene Einrichtungen und Dienste unter einem Dach vereint.

Alle Einrichtungen und Dienste sowie ehrenamtliche bzw. Selbsthilfe-Organisationen können und sollen sich im örtlichen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammenschließen.

6. REGIONALQUALITÄT

In vielen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs ist die Hilfeplan- oder Teilhabekonferenz eingeführt. Der Zugang ist über das GPZ oder den Sozialpsychiatrischen Dienst zu erfragen.

Personenbezogene Hilfeplanung

In der Hilfeplankonferenz (Teilhabekonferenz) wird für Menschen mit komplexem Hilfebedarf ein individuelles Angebot erstellt, das die benötigten medizinischen bzw. therapeutischen Leistungen sowie Hilfen zur Teilhabe an der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben umfasst. Beteiligt sind sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer. Die betroffene Person kann selbst teilnehmen oder sich vertreten lassen. Die kommunale Psychiatrieplanung erhält aus der Hilfeplankonferenz wichtige Rückmeldungen über die Strukturqualität der Versorgung.

6.3 PROJEKTE: REGIONALBUDGET UND INTEGRIERTE VERSORGUNG

Bei der „integrierten Versorgung“ (§ 140a SGB V) arbeiten unterschiedliche ärztliche und therapeutische Fachdisziplinen sowie verschiedene Sektoren, wie z.B. niedergelassener Bereich und Krankenhaus, in einer Region nach einem Vertrag mit einer Krankenkasse übergreifend zusammen. Dadurch wird eine spürbare Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht, ohne die Gesundheitskosten zusätzlich zu belasten.

Um Hilfen ohne bürokratische Hürden nach Bedarf flexibel leisten zu können, wird in Fachkreisen ein „Regionalbudget“ vorgeschlagen: Dabei vereinbart der Leistungserbringer mit dem Leistungsträger für eine Region ein gedeckeltes Budget, innerhalb dessen er Leistungen erbringen kann. In Baden-Württemberg gibt es dafür erste Ansätze, wie die Beispiele „Klientenbudget“ und „Netzwerk Psychiatrie Südwest“ zeigen.

Klientenbudget

Das „Klientenbudget“ wurde – nach achtjähriger Modellphase – 2004 im Rhein-Neckar-Kreis vom Sozialpsychiatrischen Hilfsverein in Wiesloch eingeführt. Es werden chronisch psychisch kranke Menschen, die überwiegend bisher im Heim gelebt haben, in individuell angemessene dezentralisierte

Betreuung übernommen, z.B. in Wohngruppe, Einzel- oder Paarwohnen oder Gastfamilie. Der Landkreis als Sozialhilfeträger bewilligt einzelfallbezogen eine pauschalierte Leistung und überlässt es dem Leistungserbringer, innerhalb dieses Rahmens die Hilfe passgenau zu modifizieren.

Netzwerk Psychiatrie Südwest

Die Krankenkasse DAK hat 2010 mit dem ZfP Südwürttemberg nach § 140a SGB V ein Pauschalbudget für die einzelfallbezogene Versorgung in den Kreisregionen Bodensee, Ravensburg, Biberach, Alb-Donau und Ulm vereinbart. Geboten wird eine integrierte Versorgung, in der bereichsübergreifend ambulante, teil- und vollstationäre Leistungen erbracht werden. Eine intensivere Einbeziehung des sozialen Umfelds, Home-Treatment (Behandlung zu Hause), aber auch alternative stationäre Formen wie Krisenbetten sind möglich. Der betroffene Mensch hat auf Wunsch einen „Lotsen“ für das Fall-Management zur Seite.

Netzwerk psychische Gesundheit Stuttgart

Nach ihrem Modell „Netzwerk psychische Gesundheit“ hat die Techniker Krankenkasse mit dem Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart einen Vertrag zur integrierten Versorgung unterzeichnet: Psychisch erkrankte Menschen erhalten eine komplexe ambulante Behandlung. Stationäre und teilstationäre klinische Aufenthalte sollen dadurch so weit wie möglich vermieden werden.

Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis

Ein weiteres gutes Beispiel für integrierte Versorgung ist das „Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis“, das mit der AOK einen Vertrag geschlossen hat. Hier wird eine erfolgreiche Versorgungskette zur Behandlung von Essstörungen wie Magersucht (Anorexie) oder Ess-Brech-Sucht (Bulimie) ermöglicht.



*Netzwerk Essstörungen
Ostalbkreis e.V.:
www.neo-iv.de*

7. FAZIT



Welchen Schluss können Sie als Bürger bzw. Bürgerin aus den bisherigen Kapiteln ziehen?

Zunächst ist festzustellen, dass die psychiatrische, psychosomatische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Baden-Württemberg in allen Regionen gut ausgebaut ist. Sie ist in einigen Bereichen weiterzuentwickeln – darauf wurde im Heft hingewiesen. Die Komplexität des Systems mag verwirrend wirken. Umso wichtiger erscheint es, am Schluss ein paar orientierende Hinweise zu geben.

7.1 WAS MAN SELBST TUN KANN

Für den einzelnen Menschen kann auch ein gutes Versorgungssystem wenig nützen, wenn er nicht selbst im Sinne seiner Gesundheit mitwirkt. Worauf sollte man achten, um dieses Versorgungssystem zur Heilung, Linderung oder Bewältigung einer Erkrankung individuell bestmöglich zu nutzen?

Prävention von (psychischer) Erkrankung ist an erster Stelle zu nennen. Dabei geht es um Erhaltung der Gesundheit und Verhinderung einer Erkrankung (Primärprävention), bei den ersten Krankheitsanzeichen um Vermeidung des vollen Ausbruchs der Erkrankung (Sekundärprävention) und in der Krankheit um Stabilisierung der Gesundheit und Verhütung von Verschlimmerungen (Tertiärprävention). In allen drei Stufen der Prävention ist gesundheitsbewusste Lebensführung von Bedeutung. Dazu gehört:

- sich ausgewogen (mit viel Gemüse und Obst) zu ernähren,
- Genussmittel wie z.B. Alkohol nur in Maßen zu konsumieren,
- sich zu bewegen (z.B. spazieren zu gehen: eine Dreiviertelstunde bei Tageslicht, möglichst im Grünen, dreimal die Woche – das wäre ein gutes Minimum),
- Struktur in die tägliche Lebensführung zu bringen (mit zuträglicher Abwechslung von Spannung und Entspannung sowie regelmäßigem Wach- und Schlaf-Rhythmus),
- persönliche Beziehungen zu pflegen und auf ein harmonisches soziales Umfeld zu achten.

Eine Erkrankung kann dem betroffenen Menschen etwas signalisieren, das primär ihn selbst angeht und nur von ihm entdeckt werden kann. Die Krankheit zu bewältigen heißt häufig, in der eigenen Lebensführung etwas zu ändern. Sich dazu Hilfe zu holen, ist sinnvoll und legitim. Der erste Zugang zu professioneller Hilfe kann die Hausarztpraxis sein.

Wenn klar ist, welche Erkrankung vorliegt, kann man sich selbst darüber genauer kundig machen. In der Regel geben die behandelnden Fachkräfte sowie Selbsthilfegruppen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen darüber Auskunft. In Vorträgen, Kursen und Gruppen werden Fachinformationen über das Krankheitsbild vermittelt und Empfehlungen für die Bewältigung ausgetauscht (z.B. Psychoedukation, Psychoseminare). Diese Angebote gibt es auch in Baden-Württemberg.

Die beste Medizin hilft nicht, wenn man sie nicht nimmt. Daher ist es entscheidend, wie man mit ärztlichem und therapeutischem Rat umgeht. Man sollte ihm positiv, aber nicht kritiklos gegenüberstehen. „Compliance“ ist ein aus dem Englischen kommender Fachbegriff, der Krankheitseinsicht und Therapietreue des Patienten bzw. der Patientin umschreibt. Zur Compliance gehört, dass man nach Krankheitsbewältigung strebt und den therapeutischen Empfehlungen folgt.

Ein persönlicher Krisenvorsorgeplan ist für psychisch erkrankte Menschen besonders wichtig. Er sollte im Rahmen der Behandlung oder fachlichen Betreuung individuell erstellt und schriftlich festgehalten werden. Er reicht von den Frühwarnzeichen einer Krise, über einen Katalog eigener Möglichkeiten der Entlastung bis zu Telefonnummern für den Notfall.

Selbsthilfegruppen unterstützen die eigene Krankheitsbewältigung. Sowohl erkrankte als auch wieder gesündete Menschen wirken dort mit ihren Erfahrungen mit. Über die Selbsthilfeorganisationen haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich an der Verbesserung des Versorgungssystems zu beteiligen. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und die Mitgliedschaft in entsprechenden Verbänden sind deshalb empfehlenswert.

*Informationen über
psychische Erkrankungen:
www.psychiatrie.de
www.dgppn.de*



7.2 CHECKLISTE FÜR GUTE INDIVIDUELLE BEHANDLUNG

- Ist die Behandlung ambulant möglich? Ist sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar?
- Werden bei körperlichen Krankheitssymptomen auch seelische Zusammenhänge einbezogen?
- Besteht gegenseitiges Vertrauen im therapeutischen Verhältnis?
- Nach welcher Methode wird therapiert? Ist die Behandlung flexibel, und berücksichtigt sie die Bedürfnisse und Zielvorstellungen des betroffenen Menschen?
- Welche ergänzenden Angebote sind möglich, um die Behandlung zu unterstützen?
- Wird die Verordnung von Medikamenten erklärt und die Dosierung mit dem betroffenen Menschen abgestimmt?
- Gehört die behandelnde Einrichtung oder der betreuende Dienst einem örtlichen Netzwerk an (beispielsweise dem Gemeindepsychiatrischen Verbund)?
- Gibt es im Rahmen der Behandlung auch Gemeinschaftsangebote, auch Gelegenheit zu Kontakt mit Nicht-Erkrankten?
- Wie werden die Angehörigen in die Behandlung einbezogen? Wie wird für die Kinder psychisch kranker Eltern gesorgt?
- Gibt es bei komplexem Hilfebedarf einen fachlich kompetenten „Lotsen“, der dem betroffenen Menschen zur Seite steht, um die notwendigen Angebote zu finden? (Fall-Management)
- Trägt die Versorgung dazu bei, Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung abzubauen?
- Wie wird es nach Abschluss der Behandlung weitergehen?

