

Chronisch krank ÿ was tun?

Hartmut Berger

Alzey 17.10.2009

Die Forderungen der Psychiatrie-Enquete

Die Forderungen der Expertenkommission

Was wurde erreicht ?

Was wurde nicht erreicht ?

Was sind mögliche Ursachen?

Wie sollte die Zukunft aussehen ?

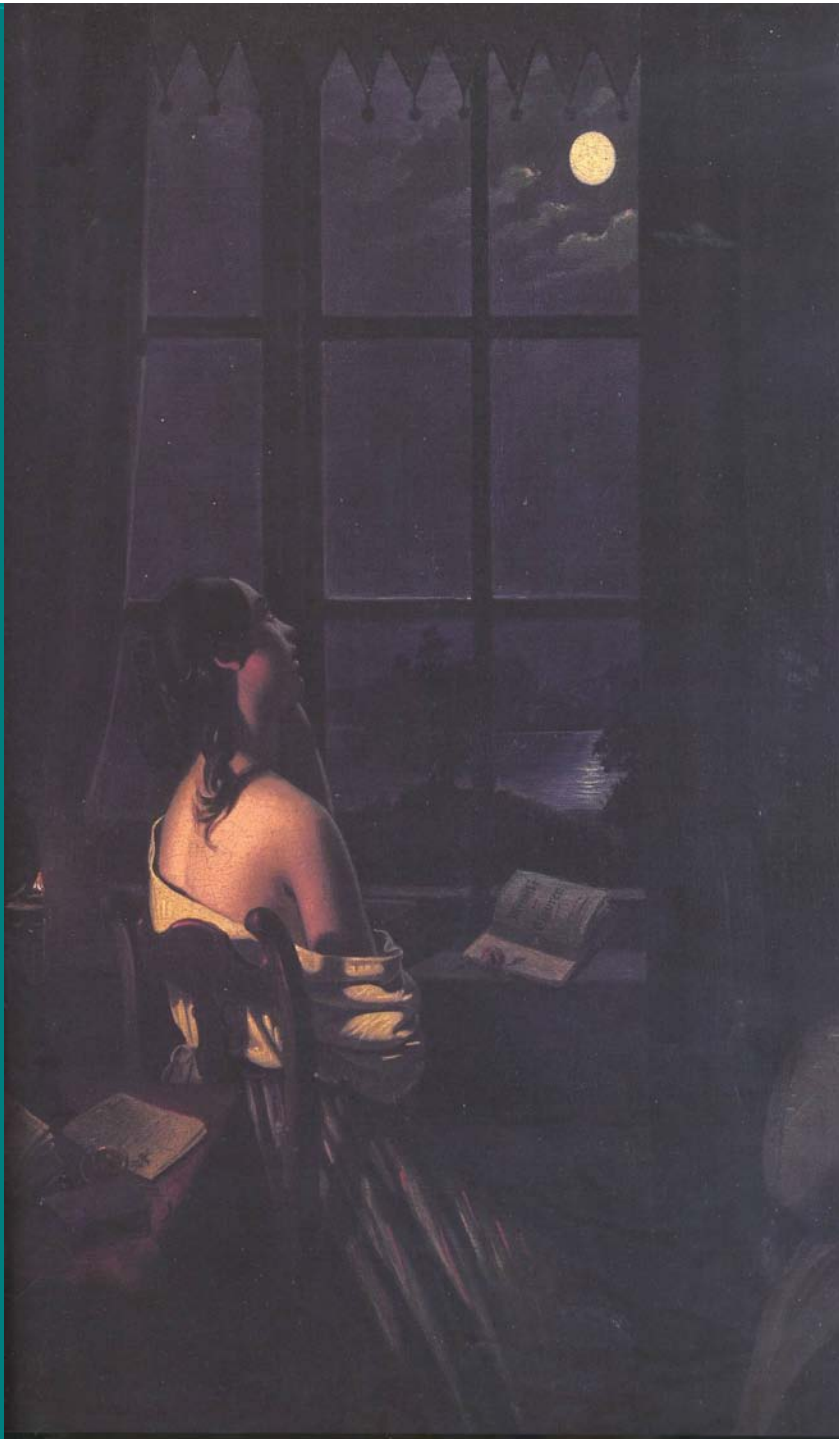
Schlußfolgerungen

Die Autoren der Psychiatrie-Enquete forderten 1975:

- **Förderung der Prävention und Aufklärung**
- **Förderung von Selbsthilfegruppen**
- **Verkleinerung der Großkrankenhäuser und/oder Aufbau psychiatrischer Abteilungen**
- **Aufbau bedarfsgerechter, gemeindenaher Versorgung mit ambulanten/stationären/halbstationären/komplementären und rehabilitativen Diensten (therapeutische Kette)**
- **Koordination der Dienste**

Die Autoren der Expertenkommission forderten 1988:

- **Funktionale Verzahnung der Dienste**
- **Schaffung regionaler Koordinationsstellen**
- **Schaffung eines gemeindepsychiatrische Verbundes mit ambulant-aufsuchenden Diensten, einer Kontaktstelle und einer Tagesstätte**
- **Schaffung eines Leitungsgremiums und eines Beirates**



Was wurde erreicht ?

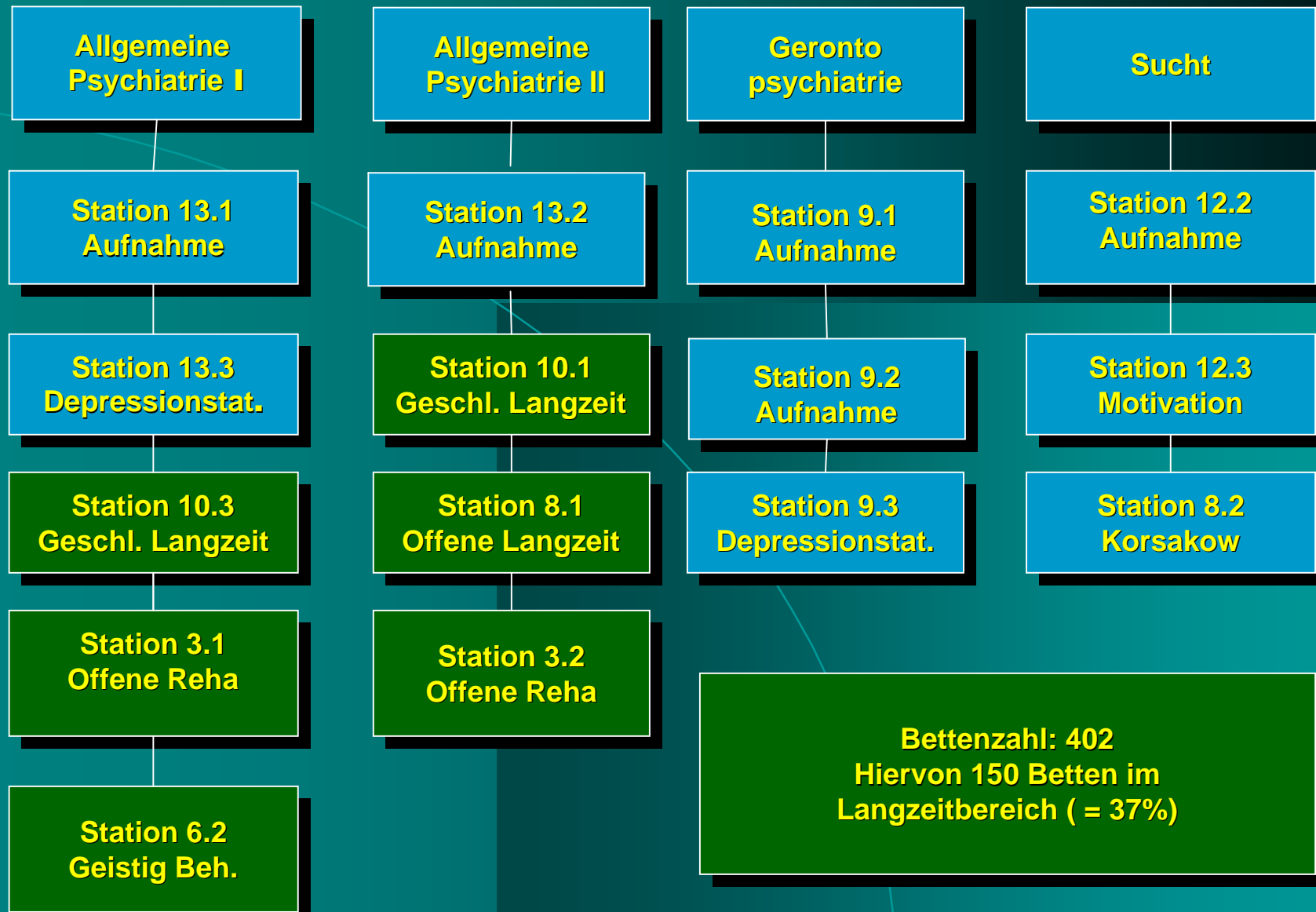
Johann Peter Hasenclever 1846, Die Sentimentale

- Die Verbesserung der baulichen Situation in allen
- Fachkrankenhäusern namentlich in den neuen Bundesländern
- Die Reduktion der Bettenzahl um 54 % seit 1970
(von 94.197 auf 43.939)
- Der Aufbau psychiatrischer Abteilungen und die Verkleinerung von Fachkliniken
- Die Einführung der Psych-PV
- Eine deutliche Verkürzung der Verweildauer von 122 auf 23 Tage
- Die Enthospitalisierung mehr als der Hälfte chronisch Kranker
- Der fast flächendeckende Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste
- Die Einbeziehung Angehöriger und Betroffener in die Diskussion
- Die Verbesserung der Lebensqualität für viele seelisch Kranke

Die Entwicklung am Beispiel der Versorgungsregion

	1975	2009
Versorgungsregion	Darmstadt, Offenbach, Kreise Groß-Gerau, Offenbach, Altkreis Darmstadt-Dieburg (ca 900.000 EW)	
Psychiatr. Kliniken/ Abteilungen	1	4
Betten	1216	427
Nervenärzte	9	37
GPZ	-	8
Heimplätze	-	90
Betreute Wohnplätze	-	252
WfB	-	4

Binnenstruktur des Philippshospitals 1990



Extramurale Dienste im Versorgungsgebiet 1990

**Kreis
Groß-Gerau**

**Kreis
Offenbach**

**Landkreis
Darmstadt-Dieburg**

**PSKB
Raunheim**

**Tagesstätte
Obertshausen**

GPZ: 0

**PSKB
Biebesheim**

**Tagesstätte
Langen**

**Wohnheime
0 Plätze**

**Wohnheime
4 Plätze**

**Wohnheime
4 Plätze**

**Betreutes Wohnen
0 Plätze**

**Betreutes Wohnen
48 Plätze**

**Betreutes Wohnen
0 Plätze**

**Wohnheime: 8 Plätze
Betreutes Wohnen: 48 Plätze**

Binnenstruktur der Klinik 2009



Bettenzahl: 189
Hiervon Betten im Langzeitbereich: 0

Wohnheim : 26 Plätze*
Betreutes Wohnen: 12 Plätze

Extramurale Dienste im Versorgungsgebiet 2009

**Kreis
Groß-Gerau**

**Kreis
Offenbach**

**Landkreis
Darmstadt-Dieburg**

**GPZ
Raunheim**

**GPZ
Obertshausen**

GPZ: 0

**GPZ
Groß-Gerau**

**GPZ
Langen**

**Wohnheime
0 Plätze**

**GPZ
Biebesheim**

**GPZ
Rödermark**

**Betreutes Wohnen
0 Plätze**

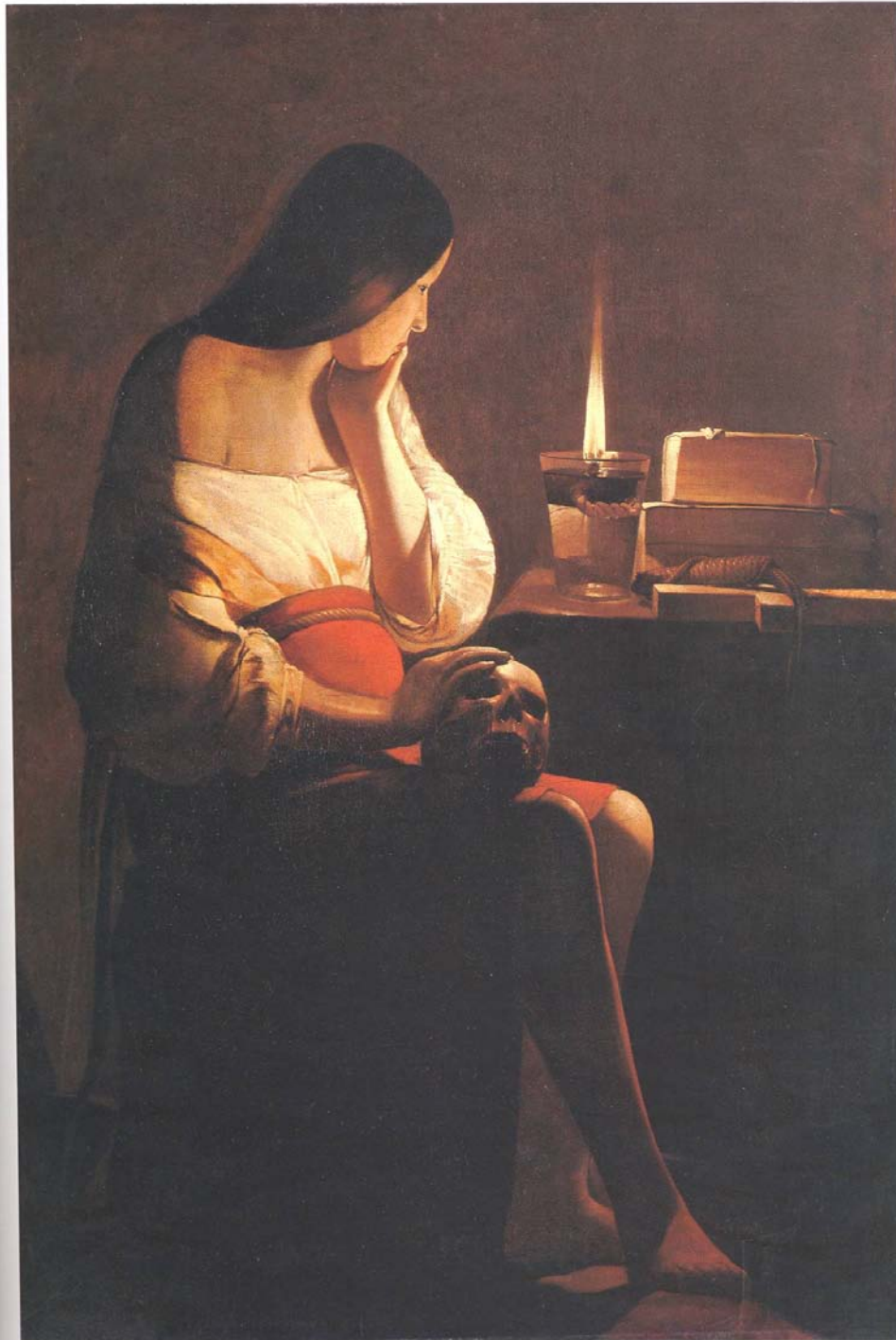
**Wohnheime
66 Plätze**

**Wohnheime
24 Plätze**

**Betreutes Wohnen
126 Plätze**

**Betreutes Wohnen
126 Plätze**

**Wohnheime: 90 Plätze
Betreutes Wohnen: 252 Plätze**



Was wurde nicht erreicht ?

Georges de la Tour 1645, Magdalena mit dem Nachtlicht

Es gibt offenkundig nach wie vor eine sehr große Anzahl chronisch Kranker (ca 500.000 = 75 % aller Betroffenen), an denen die Psychiatriereform mehr oder weniger folgenlos vorbeigegangen ist. Sie leben schlecht oder nicht versorgt zuhause oder in Heimen

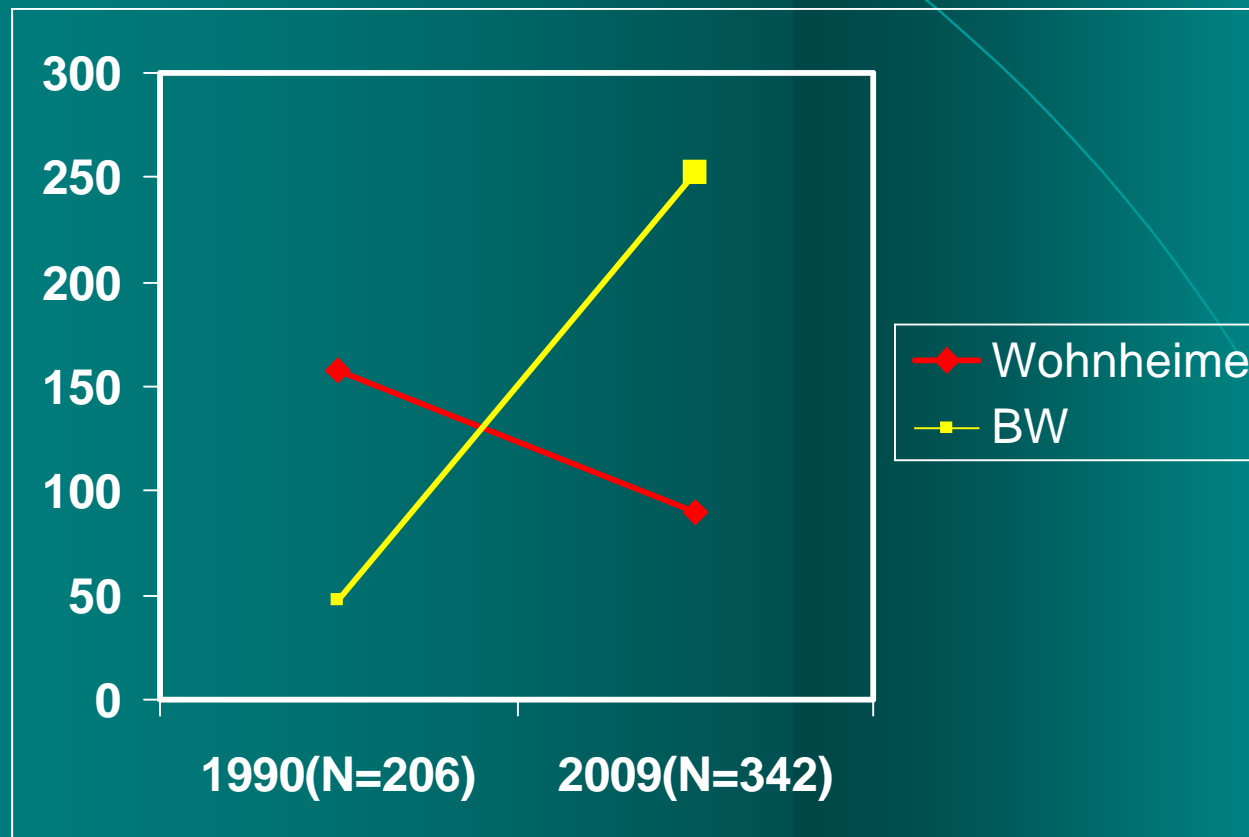
Es gibt Hinweise, dass chronisch Kranke zunehmend in die Obdachlosigkeit und/oder in die forensische Psychiatrie abwandern

Es gibt Hinweise für eine Zunahme der Morbidität und Mortalität seelisch Kranker

Trotz der drastisch gestiegenen Zahl von Psychotherapeuten und Betten in psychosomatischen Kliniken zählen seelische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt (24 % der Bevölkerung gemäß WHO, 35 % gemäß Gesundheitssurvey BRD) und werden nur zum kleinsten Teil angemessen behandelt

Es gibt neue Problemgruppen mit ausgeprägten sozialen Verhaltensstörungen und Mehrfacherkrankungen, die von den bestehenden Angeboten nicht oder nicht genügend erreicht werden und die besonders gefährdet sind

Entwicklung der Platzzahlen (Wohnheime und betreutes Wohnen) 1990 - 2009



Die geschätzte Anzahl chronisch Kranker unter den heutigen Bedingungen I

Geschätzte Häufigkeit schizophrener Erkrankungen 1% in der Bundesrepublik	833.000 Menschen
Hiervon chronisch krank: Ca 80 %	666.000 Menschen
Hiervon vor der Enthospitalisierung 11 % in Fachkrankenhäusern lebend	74.000 Menschen
Hiervon zwischenzeitlich enthospitalisiert: Ca 90 %	66.600 Menschen

Die geschätzte Anzahl chronisch Kranker unter den heutigen Bedingungen II

Hiervon in wohnortfremden Heimen untergebracht: Ca 20 %	13.300 Menschen
Hiervon angemessen betreut: Ca 4%	2.700 Menschen
Verbleiben mangelhaft oder nicht versorgt zuhause: Ca 75 %	506.000 Menschen

Die geschätzte Anzahl chronisch Kranker in der Versorgungsregion unserer Klinik I

Geschätzte Häufigkeit schizophrener Erkrankungen 1%	3.250 Menschen
Hiervon chronisch krank: Ca 80 %	2.600 Menschen
Hiervon dauerhaft behindert und unterstützungsbedürftig: 10-30%	260 ÷ 780 Menschen



Mögliche Ursachen

Caspar David Friedrich 1810, Mönch am Meer

Änderung der Versorgungsstrukturen

Änderung der therapeutischen Haltung

Änderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

Änderung der Versorgungsstrukturen:

Bettenabbau

Wegfall der Asylfunktion

Übergabe chronisch Kranker in unzureichend vorbereitete
Gemeinden

Fehlende Verantwortung der gemeindepsychiatrischen Dienste

Änderung der therapeutischen Haltung:

Wechsel von kustodialer zu bedürfnisorientierter Haltung verbunden mit der weitgehenden Übergabe der Verantwortung an die Patienten, was für die Mehrzahl der Patienten wünschenswert ist, für schwerer Kranke jedoch auch Risiken in sich birgt

Änderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen:

Die Bemühungen der Krankenkassen um Kostenbegrenzung führen zu:

mangelhafter Personalausstattung der Kliniken (< 90 % Psych-PV)
Verkürzung der Verweildauern mit der Folge der Beschränkung auf
Krisenintervention und Wegfall der rehabilitativen Funktion

Die leeren öffentlichen Kassen führen zu:

mangelhafter Infrastruktur der Kliniken
mangelhaften gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen

Die Gesetzgebung führt zu:

Abgrenzungsproblemen der Kostenträger (GKV/BfA/Sozialhilfe) und damit
verbunden zu Versorgungslücken gerade für chronisch Kranke und durch die
zukünftige Pauschalierung der Pflegesätze zu weiteren Umverteilungen der
Risiken und Kosteneinsparungen in den Kliniken

Ergebnis:

Vermutlich wirken alle drei Entwicklungslinien, nämlich die Änderung der Versorgungsstrukturen, der therapeutischen Haltung und der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen synergistisch im Sinne einer Begünstigung des Mortalitäts-, Morbiditäts- und Kriminalitätsrisikos psychisch Kranker

Klinik



**Kommunale
Dienste**



?



**Wie sollte die Zukunft
aussehen ?**

Antoine-Jean Gros 1801, Sappho

- Wechsel der Haltung weg vom pathogenetischen (krankheitsbezogenen) hin zu salutogenetischem Denken
- Wechsel von institutionsbezogener zu funktionaler Sichtweise
- Verbesserung der Qualität der Behandlung

Wechsel der Haltung weg vom pathogenetischen (krankheitsbezogenen) hin zu salutogenetischem Denken:

Die genannten Probleme und das Ausmaß seelischer Störungen lassen befürchten, daß ausschließlich curativ (pathogenetisch) orientierte psychiatrische Konzepte nicht mehr genügen, um den neuen Herausforderungen angemessen zu begegnen. Sinnvoller erscheint vielmehr die Entwicklung salutogenetischer Konzepte, welche auf die Förderung seelischer Gesundheit und auf die Verhütung seelischer Krankheit bzw. deren Folgen abstellen

Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention

Stärkung der Selbstbefähigung (empowerment)

Förderung der aktiven Partizipation (shared decision making)

Förderung der Selbstwirksamkeit (self efficacy)

Förderung des Kohärenzsinnes (sense of coherence)

Stärkung der Widerstandskraft (resilience)

Stärkung der Selbsthilfe (recovery)

Prävention seelischer Krankheiten führt zu einer Reduktion der Inzidenz, Prävalenz oder der Ausprägung seelischer Erkrankungen sowie zu einer Reduktion der

Morbidität, Mortalität und des Risikoverhaltens

(Barry 2005)

Wechsel von institutionsbezogener zu funktionaler Sichtweise

Ablösung institutionsbezogener Finanzierung zugunsten fallbezogener Finanzierung (z. B. IBRP)

Überwindung institutioneller Grenzen und Förderung der Vernetzung durch finanzielle Anreize (z. B. Regionalbudget, Behandlungspfade und Selektivverträge)

Finanzierung von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen (z. B. Präventionsgesetz)

Einbeziehung der Nutzer in die Entscheidungsfindung (z. B. Beirat)

Verbesserung der Qualität der Behandlung

Konsequente Einführung evidenzbasiert wirksamer Verfahren in die Therapie schizophrener Störungen durch Behandlungsleitlinien und QM:

1. Psychopharmakotherapie
2. Psychoedukation
4. Social Skills Training
5. Assertive Community Treatment

Nicht durch RCT, wohl aber durch therapiebasierte Evidenz belegt:

langfristige, institutionsübergreifende stützende, konfliktbezogene und verantwortliche Psychotherapie

Schlußfolgerungen I:

1. Es gibt offenkundig nach wie vor eine sehr große Anzahl seelisch Kranker, an denen die Psychiatriereform mehr oder weniger folgenlos vorbeigegangen ist. Diese Menschen leben entweder schlecht oder nicht versorgt zuhause
2. Es ist anzunehmen, daß der Anteil Obdachloser unter chronisch Kranken deutlich zugenommen hat
3. Es gibt Hinweise für eine Zunahme der Morbidität und Mortalität

Schlußfolgerungen II:

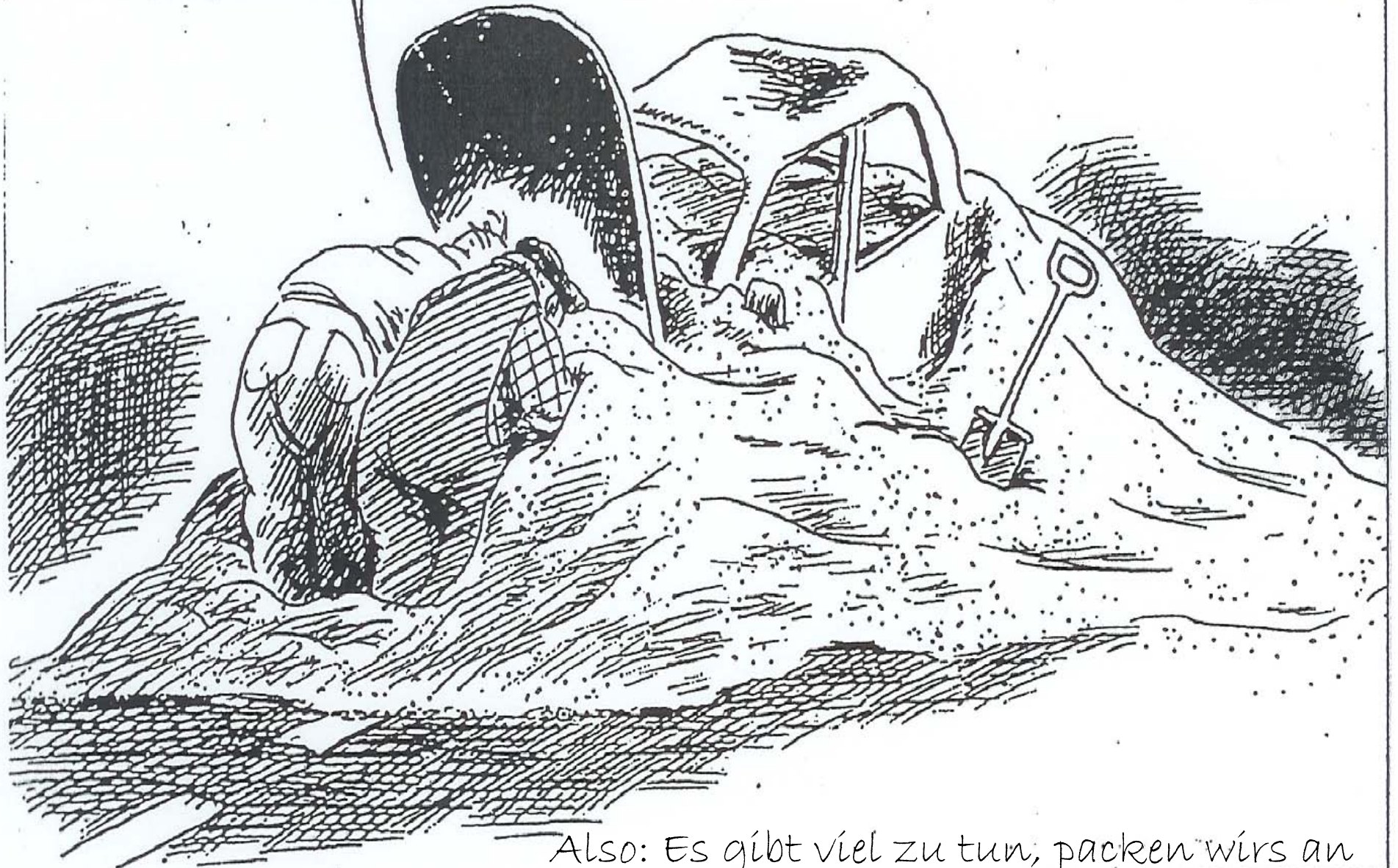
4. Es gibt ebenfalls Hinweise dafür, daß seelisch Kranke in zunehmendem Maße in die Straffälligkeit abwandern
5. Es ist zu vermuten, daß ein Zusammenhang besteht zwischen der Zunahme der Obdachlosigkeit, Morbidität, Mortalität, Straffälligkeit einerseits und der Deinstitutionalisierung andererseits
6. In den letzten Jahren ist eine weitere Gruppe von Menschen mit ausgeprägten Verhaltensstörungen in den Vordergrund getreten, welche zwar klein an der Zahl aber durch ihr Störungsmuster und ihre Resistenz gegenüber den herkömmlichen Angeboten besonders augenfällig ist

Schlußfolgerungen III:

7. Die vermuteten Zusammenhänge der oben beschriebenen Wirkfaktoren sind trotz ihrer hohen gesundheitspolitischen Bedeutung noch nicht hinreichend untersucht. Hier bestehen große Wissenslücken
8. Gleichwohl verfügen wir über erwiesene effiziente Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung, welche die Lebensqualität, den Gesundheitszustand und die Prognose nachhaltig verbessern können, welche aber bei weitem nicht in dem erforderlichen Maße und schon gar nicht flächendeckend umgesetzt sind

Nur ein bisschen
Sand im Getriebe!

KE 05



Also: Es gibt viel zu tun, packen wirs an

Vielen Dank für Ihre Geduld und Aufmerksamkeit !