

5. Die ideale psychiatrische Klinik

a) Das „Track“-Konzept Bochum – Behandlung aus einer Hand

Nach der Auflösung der Großkrankenhäuser, meist abseits außerhalb der Städte und Gemeinde gelegen, haben sich eine ganze Reihe von neuen, effektiven und menschenwürdigen Versorgungsformen psychiatrischer Patientinnen und Patienten entwickelt. Analog zu dieser Entwicklung haben sich die Therapieziele insbesondere bei der Versorgung schizophrener Patientinnen und Patienten geändert. Stand früher eher die Reduktion von Positivsymptomatik und damit die Möglichkeit der Rückkehr in die Gemeinde im Vordergrund, standen die 90er Jahre unter dem Ziel, pharmako- und andere therapeutische Verfahren zu entwickeln, um die sog. Negativsymptomatik schizophrener Patientinnen und Patienten effizienter zu behandeln, damit ein reintegriertes Leben zu Hause noch besser möglich ist. Aus diesen Erfahrungen heraus hat sich nun mit Beginn des neuen Jahrzehnts von Seiten der Professionellen, der Angehörigen und der Betroffenen ein neues zentrales Therapieziel herausgebildet, nämlich der der bestmöglichen Lebensqualität mit ausgefüllter Berufstätigkeit, Partnerschaft und Familie. Stichworte hierfür sind die Begriffe „Remission“ und „Recovery“, wo es um die Verbesserung der Funktionalität, der Teilnahme und des psychosozialen Funktionsniveaus geht. Dabei hat sich herausgestellt, dass bislang vernachlässigte Symptombereiche bei schizophrenen Patientinnen und Patienten wie die kognitive Leistungsfähigkeit und die Depressivität ganz entscheidend für die Erreichung dieses Therapieziels sind. Parallel hierzu hat sich die bauliche Gestaltung von psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Kliniken geändert. Diese wurden verstärkt mitten in der Stadt mit dezentralen Einheiten gebaut.

Über 100 Jahre Sozial- und Gemeindepsychiatrie führten dann über die Rodewischer-Thesen 1963 im Osten und die Psychiatrie-Enquete 1976 im Westen zu einem ausgeprägten und differenzierten Versorgungssystem in weiten Teilen Deutschlands mit der Betonung der Betreuung chronisch Kranker, der Wiedereingliederungen und Rehabilitationen sowie der personenzentrierten Hilfeplanung und Rückfallprophylaxe. Dabei ging es vor allem um die Deinstitutionalisierung [„ambulant vor stationär“], um Behandlungskontinuität im Sinne auch eines „Case-Management“, einer Sektorisierung psychiatrischer Versorgung mit dem Vorhalten aller Institutionen im Sektor und einer Versorgungsverpflichtung sowie, nach wie vor nur unzureichend realisiert, die Orientierung an individuellen Lebensbedürfnissen der Betroffenen sowie von Prävention und Früherkennung. Jedoch ist dieses differenzierte Versorgungsangebot mit einer Vielzahl von niederschweligen Einrichtungen von der Begegnungsstätte über den geschützten Arbeitsplatz bis zu Sozialpsychiatrischen Dienst und Institutsambulanz unter heftigen ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Druck geraten. Einrichtungen und Aktivitäten der Sozial- und Gemeindepsychiatrie werden zunehmend weniger, die Versorgung, insbesondere der Schwerstkranken und chronisch Kranken verschlechtert sich zunehmend. Auch wuchs die Erkenntnis, dass Dehospitalisierung nicht automatisch soziale Integration und Reintegration bedeutet, sondern dass eine Gemeindepsychiatrie auch eben eine Psychiatrie-orientierte Ge-

meinde, d. h. die Bereitschaft der Stadt und Kommune hinsichtlich eines offenen und unterstützenden Umgangs mit seinen psychisch Kranken, braucht. Weiterhin stark problembehaftet – trotz „Siegeszug“ der modernen Psychopharmakotherapie und der intensiven sozial- und gemeindepsychiatrischen Bemühungen der letzten 40 Jahre – erscheint die deutliche soziale Exklusion psychisch Kranker bezüglich Arbeitsplatz, Einkommen, Partnerschaft etc. sowie die nach wie vor heftig und hartnäckig bestehende Stigmatisierung psychisch Kranker und psychiatrischer Institutionen. Als einen dritten Problemkreis kann bzw. muss auch die Versorgung sog. „minorer“ Formen psychischer Störungen und Krisen gesehen werden. Für viele Betroffene in vorübergehender psychischer Krise gibt es kein adäquates oder leicht zugängliches Beratungs- und Therapiemöglichkeiten, geschweige denn von Möglichkeiten ähnlich der körperlichen Fitness auch etwas prophylaktisch bezüglich seiner psychischen und mentalen Fähigkeiten zu tun. Dies ist insbesondere aus einem präventiven Gedanken wichtig, da es gut bekannt ist, dass minore Formen in stärkere und chronifizierte Formen psychischer/ psychiatrischer Erkrankungen übergehen können. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass sich zahlreiche psychiatrische Fachkrankenhäuser und Kliniken beginnen zu wandeln, dass sie durch den Wegfall versorgender Strukturen und Angebote für psychisch kranke Menschen versuchen, diese ein Stück weit durch neue Organisationsformen aufzufangen. Psychiatrische Krankenhäuser verstärken ihr ambulantes, auch auf Spezialindikationen ausgerichtetes Angebot. Sie übernehmen komplementäre, betreuende und rehabilitative Aufgaben und versuchen als zentrale Koordinatoren und Case-Manager im Netzwerk der in der Gemeinde vorhandenen Einrichtungen zu wirken (z.B. im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen). Überdies soll durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren [MVZs] auch die somatische Versorgung ihrer psychisch kranken Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Es wird noch stärker als bisher versucht durch Beratungsmöglichkeiten auch dem „Normalbürger“ in seelischer Krise zu helfen. Damit bilden sich Zentren für psychische Gesundheit aus, die in Kooperation und Komplementarität mit anderen Anbietern versuchen, den Angebotsbogen von Prävention und Wellness auf der einen Seite bis hin zur adäquaten pharmakotherapeutischen, aber auch psychotherapeutischen Versorgung der schwerstkranken Patientinnen und Patienten zu spannen. Damit kommt der traditionellen Klinik bzw. dem früher nur stationär versorgenden Teil des Systems eine viel stärkere Aufgabe als „Netzwerker“ zu. Die Kliniken selbst beginnen sich modular und differenziert nach Krankheits-, Beratungs- und Behandlungsangeboten aufzustellen und versuchen hier sich möglichst engmaschig mit dem niedergelassenen und komplementären Bereich zu vernetzen, um auch die Grenzen einer zu starren Sektorisierung und Schnittstellenproblematik zu überwinden. Dabei steht die Behandlungskontinuität im Zentrum aller Bemühungen.

In Bochum wurde daher das Track-Modell entwickelt und gestartet umzusetzen, dass sog. „Tracks“ („Schienen“, „Wege“) also nosologisch orientierte, modular aufgebaute, flexibel ambulant, teilstationär oder stationär arbeitende Einheiten für Beratung, Diagnostik und Behandlung in Kontinuität und unter Integration von Lehre und Forschung. Dabei soll der aus dem Englischen stammende Begriff die Dynamik psychischen Geschehens in allen Intensitätsstufen von der Krise bis hin zur akuten psychiatrischen Notfallsituation und die Versorgung aller Menschen in

seelischer Not aus einer Hand in Kontinuität andeuten. Diese Strukturen müssen nicht allein krankhausorientiert bleiben, sondern können gerade wegen des „Schießen“-Charakters die unmittelbaren Anknüpfungspunkte für niedergelassene Kollegen, komplementäre Einrichtungen und z. B. einem gemeinsam getragenen MVZ darstellen. Die niedergelassenen Kollegen könnten ihren Patientinnen und Patienten in der Klinik weiterbehandeln, bzw. mitbehandeln. Weitere Implikationen aus der Track-Idee ist die Abschaffung von Aufnahmestationen, da überall Track-bezogen und damit auf Grundlage einer evtl. schon vorhandenen therapeutischen und pflegerischen Beziehung aufgenommen wird, die Integration von ambulanten und tagesklinischen Angeboten direkt in die „Tracks“ unter Abschaffung einer zentralen Ambulanz und Tageskliniken, so dass ein Patient mit seiner Problematik zu dem ihm am ehesten passenden „Track“ kommen kann, und dort, je nach Schweregrad und gemeinsamer Entscheidung, ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Hilfe und Behandlung findet. Räumlich wird dieses Konzept getragen von einer zentralen Anmeldung („Rezeptions“-Charakter), die digital mit allen „Tracks“ und der zentralen Datenbank verbunden ist, und die den Patientinnen und Patienten zu dem „Track“ schickt und bringt, die ihn erwartet oder wo er die beste Versorgung erwarten kann. Jeder „Track“ ist ebenfalls mit einem Theken- und Anmeldebereich ausgestattet, an dem sich dann Multifunktionsräume für diagnostische und therapeutische Zwecke mit Raumbelungsplan anschließen, egal ob für ambulante, teilstationäre oder stationäre Zwecke. Nach einem Aufenthaltsbereich für alle Patientinnen und Patienten folgt erst dann der Bentrakt. Hauptarbeitsmethode ist das Bezugspflege- und Bezugstherapeutesystem, ebenfalls unabhängig von dem Status der Patientinnen und Patienten. Die gemeinsame Leitung dieser teilautonomen Arbeitsgruppe („Track“, Matrixstruktur) obliegt dem Oberarzt und der pflegerischen Stationsleitung. Das „Track“-Konzept wurde von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitern gut angenommen und weiterentwickelt, jedoch gibt es noch erhebliche Limitationen durch räumliche, logistische und ökonomische Restriktionen. Im Rahmen des Integrierten Versorgungsvertrages mit der Techniker Krankenkasse („Netzwerk zur Versorgung psychisch kranker Menschen“) konnte jedoch die Bochumer Klinik beginnen, Schnittstellenprobleme positiv zu verändern. Weitere Aufgabenfelder der psychiatrischen Versorgung für die Gegenwart und Zukunft liegen vor allem auch im Bereich der psychischen Probleme von Migrantinnen und Migranten (ca. 1% bis 20% der deutschen Bevölkerung hat mittlerweile einen Migrationshintergrund) und in der Früherkennung beginnender psychisch/psychiatrischer Krankheitsbilder im Bereich von Psychosen, affektiven Störungen, Sucht und Demenz.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die Entwicklung der letzten Jahrzehnte sehr viel erreicht worden ist, aber es gleichermaßen noch sehr viel zu tun gibt. Psychiatrische Versorgung und ihre Strukturen werden sich in Zukunft am Grad des psychosozialen Funktionsniveaus psychisch kranker Menschen sowie an der tatsächlichen Reintegration der Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft insbesondere im Bereich von Arbeit und Beruf messen lassen müssen. Ganz zentrale Bedeutung kommt der Antistigmaarbeit zu, auch schizophrene und andere psychiatrische Erkrankungen müssen in den „Köpfen der Bevölkerung“ den Charakter von somatischen Erkrankungen wie Diabetes oder Arthrose bekommen und das psychiatrische Versorgungs- und Hilfesystem muss noch viel stärker als bisher die zum Teil

ungeheuren Anstrengungen der Angehörigen und Betroffenen in der Versorgung, in der praktischen Arbeit und psychosozialen Reintegration anerkennen und diese viel stärker einbinden.

b) Ein Ausweg aus der Systemkrise? Sektorübergreifende Versorgung

Eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung ist insbesondere hinsichtlich der psychiatrischen Erkrankungen zu fordern, da diese durch eine hohe Prävalenz, häufige Chronifizierungsneigung, hohe Komorbidität, verringerte Lebensqualität und Behinderung sowie hohe Kostenintensität gekennzeichnet sind. Ziel kann es hier nur sein, eine möglichst integrative und intensive Behandlung dieser Patienten herbeizuführen, die kontinuierlich und aufeinander abgestimmt ist und sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte der Versorgung unter Einbeziehung aller Leistungserbringer und Kostenträger ermöglicht. Wesentlicher Bestandteil ist u.a. die Gemeindenähe, da nur hierdurch eine hohe Versorgungsqualität bei gleichzeitiger hoher Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann. Wie der Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vor Jahren darauf hinwies, würden durch Kooperation und Koordination im deutschen Gesundheitswesen noch beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven stecken, die jedoch durch die unterschiedlichen Finanzierungssysteme sowie die bekannten Schnittstellenprobleme, z.B. zwischen stationärem und ambulantem Bereich, verschenkt würden. Vor Augen muss man sich aber auch führen, dass die in den 70er Jahren angetretene Sozial- und Gemeindepsychiatrie all die heutigen Forderungen nach einer sektorübergreifenden und interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung bereits beinhaltet hat. Die Gemeinde wurde als ein soziales System und Dreh- und Angelpunkt für den Patienten sowie für seine Behandlung als auch für den Ort seines Lebens gesehen, nicht jedoch das Krankenhaus. Die Kontinuität des Lebens und die Behandlung des Patienten sollte in der Gemeinde durch die Koordination aller Versorgungsinstitutionen vor allem durch ein konsequentes Case-Management erreicht werden. So ist natürlich das Vorhalten aller entsprechenden Institutionen und Disziplinen in einer Gemeinde notwendig die gut aufeinander abgestimmt arbeiten. Probleme der heutigen Sozial- und Gemeindepsychiatrie bestehen vor allem darin, dass die solcher Art aufgebauten Einrichtungen und Institutionen aufgrund der Finanzierungsschwierigkeiten der öffentlichen Hand in den letzten Jahren zunehmend weniger werden. Darüber hinaus gibt es verstärkt Schwierigkeiten, psychiatriebereite Gemeinden zu etablieren, Stigma und soziale Exklusion dehnen sich weiter aus.

Auf der anderen Seite strömen immer mehr Menschen mit Krisen, Burnout und sogenannten „minoren“ psychiatrischen Erkrankungen in das Versorgungssystem. Diesen frühzeitig im präventiv-medizinischen Sinne zu helfen, würde eine Verschlechterung und Chronifizierung psychischer Probleme bei diesen betroffenen Personen verhindern. Weitere Probleme sind: nicht mehr ausreichende Zeit des Arztes beim Patienten, keine Psychotherapie für die Kerngruppen psychiatrischer

Patienten, Schwierigkeiten in der somatischen Versorgung psychiatrischer Patienten, zunehmender Mangel an ausreichend qualifizierten und interessierten Ärzten im psychiatrischen Fachgebiet. Wenn jedoch aufgrund der Demographie der psychiatrischen Patienten sowie dem chronisch degenerativen Charakter ihrer Erkrankungen ein gemeindenahes flächendeckendes Versorgungssystem mit modular aufgebautem Behandlungskonzept notwendig wird, was multiprofessionelle und aufsuchende Hilfe z.B. beinhaltet, stellt sich die Frage, wer das alles koordiniert und abstimmt, damit die verschiedenen Einrichtungen und Leistungsanbieter möglichst optimal im Sinne der Betroffenen agieren. Die Koordinationsaufgabe beschränkt sich hiermit nicht nur auf die Organisation, sondern auch auf das Einhalten bestimmter Behandlungsleitlinien, Qualitätsstandards sowie Schaffung von Behandlungspfaden und Qualitätsmessungen. Durch die Reduzierung der gemeinde- und sozialpsychiatrischen Institutionen und die Nicht-Vernetzung der Leistungsanbieter in einem Versorgungsbezirk bekommen die Kliniken zunehmend den Druck eines unkoordinierten Versorgungssystems zu spüren, was sie, sofern sie verantwortungsbewusst und fürsorgend für ihre Patienten tätig sein wollen, immer stärker in die Lage drängt, koordinierend mit in die regionale Verantwortung zu übernehmen und damit stärker das gemeindepsychiatrische Netzwerk mitzutragen.

Hierbei bilden sich psychiatrische Kliniken immer stärker im Sinne von Zentren für seelische Gesundheit modular aus mit einer Vielzahl von aufeinander abgestimmten Leistungen, aufsuchenden Angeboten, teilstationären und stationären Leistungen individuell abgestimmt je nach Krankheitsbild und Krankheitsschwere. Als eine Möglichkeit, das ein Stückweit zu entwickeln, wurde an der LWL-Universitätsklinik Bochum im sogenannten Track-Modell entwickelt, nosologisch orientierte, modular aufgebaute, flexibel arbeitende, ambulante, teilstationäre und stationäre Einheiten für Beratung, Diagnostik, Behandlung in Kontinuität und Integration von Lehre und Forschung (Bruchmann und Juckel 2009). Weitere Möglichkeiten nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz bestehen in Form der Integrierten Versorgung (IV) zur Lösung des in der Psychiatrie teilweise sehr ausgeprägten Schnittstellenproblems zwischen stationären und ambulanten Behandlungssektoren sowie der Anhebung der Versorgungs- und Behandlungsqualität. Fakt ist jedoch heute, dass die Zahl der integrierten Versorgungsprojekte in der Psychiatrie schon im Rahmen der Anschubfinanzierung sehr gering ausgeprägt war. In Zukunft ist mit keiner Steigerung – ganz im Gegenteil – zu rechnen.

Andere Möglichkeiten wären, sofern sie nicht wieder abgeschafft würden, die Disease-Management-Programme (DMP), die als systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen basierend auf der Erkenntnis der evidenzbasierten Medizin eigentlich ja bestens geeignet wären für unsere oftmals chronisch kranken psychiatrischen Patienten. Kern eines DMP ist die zentrale organisierte Steuerung von chronisch kranken Patienten durch das Versorgungssystem. Erste Ansätze zur Depression laufen bereits erfolgreich z.B. in den USA, DMPs für Schizophrenie würden sich natürlich ebenfalls anbieten. Ebenso könnten auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur Integration psychiatrischer Patienten in der Gemeinde dienen. Dies könnte zur Integration aller somatischen und psycho-medizinischen Disziplinen dienen, zum Nutzen für die Patienten, aber auch für die Anbieter aus Qualitäts- und ökonomischen Gesichtspunkten. Gerade die Verknüpfung

der psycho-medizinischen und somatischen Fachgebiete könnte hier für unsere Patienten von größtem Vorteil sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein kooperatives Versorgungssystem für psychische Störungen dringlich zu fordern ist. Die Rahmenbedingungen sind derzeit sehr günstig einzustufen, da eine stärkere Vielfalt von Kooperationsmöglichkeiten im Sinne von Job-Sharing-Modellen, zugleich Arzt im Krankenhaus und Praxis usw., möglich ist. Daneben existieren IV, DMP und MVZ. Integrierte Versorgungsverträge sind jedoch noch eher selten bei psychischen Störungen, da diese als eher komplex und chronisch anzusehen sind. Eine kurzfristige Kosteneinsparung ist zudem vielfach nicht unbedingt sofort möglich. Daneben besteht die Schwierigkeit der unzureichenden Outcome-Messung, da es in der Regel keine apparativen Verfahren gibt. Prävention und Früherkennung bei psychiatrischen Erkrankungen im Sinne von Schul- und Vorsorgeuntersuchungen sowie Frühdiagnostik und Frühbehandlung wäre ein weiteres wichtiges aufzubauendes Themenfeld im Sinne eines möglichst kooperativen und gleichzeitig präventiven Versorgungssystems psychischer Störungen. Zu diskutieren wäre die Vorstellung der Kliniken in regionaler Verantwortung als flexible, modular aufgebaute, kooperierende und koordinierende Organisationsformen im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Netzes.

Was dringlich zu fordern ist, ist die Aufhebung der Sektorisierung für die Leistungserbringer auf der einen Seite, aber eben auch für die der Kostenträger auf der anderen Seite. Der Unsinn der Trennung von Krankenkasse und Rentenversicherung sollte politisch behoben werden, auch der zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Das wäre u. a. auch angesichts des demographischen Wandels ausgesprochen sinnvoll. Ziel kann es nur sein, die psychiatrische Versorgung in einem kooperativen System auch kostenträgerübergreifend zu gestalten. Es sollten wesentlich stärker als bisher kooperative und integrative Formen der Zusammenarbeit und Kommunikation auch innerhalb der Kostenträgerschaft gefunden werden. Jedoch ist es nachvollziehbar, dass die Machbarkeit eines wirklich kooperativen Systems abhängig ist von ökonomisch knappen Ressourcen. Aber der Anstieg der Bedarfe und Änderung der psychiatrischen Patientenstruktur erfordert eine Neuausrichtung weg von einem sektoralen hin zu einem kooperativen Versorgungssystem. Eine noch viel eingehendere Kooperation der Leistungserbringer und Kostenträger ist dringlich erforderlich, aber auch die kooperative Arbeit und Verständigung innerhalb dieser ebenfalls. Schlussendlich ist die Politik hier gefordert, denn diese muss die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen für ein solches kooperatives Versorgungssystem schaffen.

c) Das Versorgungsproblem für psychisch Kranke: Mangelnde Kooperation

(mit Gaby Bruchmann)

Die zunehmende gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen resultiert primär aus deren hoher Prävalenz, der häufigen Chronifizierung und der hohen Komorbidität zu somatischen Erkrankungen. Für die Patienten bedeutet dies in besonderem Maße eine starke Verringerung der Lebensqualität. Dass psychische Erkrankungen keine Randerscheinungen sind, wird auch deutlich, wenn man berücksichtigt, dass jeder vierte Erwachsene einmal in seinem Leben an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen leidet. Allein für depressive Erkrankungen ist nach der „Burden of Illness Study“ der Weltbank und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein weiterer Anstieg zu erwarten, so dass die Depression im Jahr 2020 weltweit den zweiten Rang hinter den kardiovaskulären Erkrankungen unter den eine Behinderung verursachenden Krankheiten einnehmen wird. Psychische Erkrankungen haben eine hohe ökonomische Relevanz, sie gehören in Deutschland mit zu den teuersten Erkrankungen, insbesondere unter Einbeziehung der indirekten Kosten, die auf eine deutlich verringerte Arbeitsproduktivität bis hin zur Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen sind. Ausgehend von den Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin belief sich die wirtschaftliche Belastung durch krankheitsbedingte Produktionsausfälle im Jahr 2005 auf insgesamt 66,5 Milliarden Euro. Hiervon entfielen allein rund 7 Milliarden Euro auf psychische Erkrankungen. Werden sowohl die indirekten als auch die direkten Kosten berücksichtigt, so ergeben sich beispielsweise für die Diagnosegruppe Schizophrenie Kosten, die vor den onkologischen und kardiovaskulären Erkrankungen liegen. Hinzu kommt, dass psychische Erkrankungen oftmals mit somatischen Erkrankungen einhergehen. Diese vergleichsweise hohe Komorbidität verdeutlicht auch der GEK-Report, wonach allein 54 Prozent der Versicherten mit der Diagnose „Depression und wahnhafte Störungen“ mindestens einer weiteren somatischen Krankheitsgruppe zugeordnet werden kann.

Insofern erfordern psychische Erkrankungen einen sektorenübergreifenden intensiven Behandlungsansatz und mithin eine kontinuierliche und abgestimmte medizinische und psychosoziale Versorgung unter Einbeziehung aller Leistungserbringer/-träger. Integrativ und gemeindenah ausgerichtete Versorgungsstrukturen sollten am besten eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. So konstatierte der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten, dass das deutsche Gesundheitswesen vor allem im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen noch beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven beinhaltet. Eine Schwierigkeit hier sind sicherlich die unterschiedlichen Finanzierungssysteme nach SGB V. Die Notwendigkeit kooperativer Versorgungssysteme wird verstärkt durch die sich verändernde Bedarfslage.

Hier ist insbesondere der demografische Wandel mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten zu nennen, wie auch die Zunahme von Einzelhaushalten mit einhergehendem höherem Bedarf an externer Hilfe, sowie die

Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Erkrankungen. Der Aufbau und die Koordination eines kooperativen und prospektiv ausgerichteten Versorgungssystems zählen daher zu den zentralen Aufgaben der Zukunft.

Erforderlich ist eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlung psychisch erkrankter Menschen im psychosozialen Kontext. Zukünftig sind für eine gemeindenahе und flächendeckende Versorgung eher ein modular aufgebautes Behandlungs- und Betreuungskonzept z.B. mit multiprofessionellen und aufsuchenden Teams notwendig. Diesbezügliche Anfänge bestehen bereits. Beispielhaft kann das „Bündnis gegen Depression“ angeführt werden wie auch einzelne regionale Zusammenschlüsse im Rahmen der Integrierten Versorgung. Die bisher sowohl in der Leistungserbringung als auch in der Finanzierung aber noch vorherrschende Fraktionierung der Versorgungsbereiche bedingt zahlreiche Schnittstellenprobleme, die eine entsprechend integrative und effiziente Behandlung erschweren. Der Psychiatrie-Verbund des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL-PsychiatrieVerbund), als großer Gesundheitsdienstleister in der psychiatrischen Versorgung, hat in seinem teils ländlich, teils städtisch ausgerichteten Einzugsgebiet bereits die Grundlagen für ein umfassendes, gemeindenahes und flächendeckendes Versorgungsangebot geschaffen. Die Zusammenarbeit aller im multimodalen Behandlungskonzept Beteiligten umfasst insbesondere den Ausbau von Kooperationen. Die Einbindung von Fachärzten unterschiedlichster Disziplinen, von Hausärzten und komplementären Leistungsanbietern ist erfolgsentscheidend für ein kooperativ und gemeindenah ausgerichtetes Versorgungssystem. Damit verbunden sind hohe Koordinationsleistungen, die sich aus der hohen Differenziertheit, der Vielzahl der zu beteiligenden Leistungserbringer und den bestehenden Interdependenzen ergeben. Neue Mechanismen und Instrumente, wie die Einführung von Behandlungsleitlinien und Behandlungspfaden, können diesen Koordinationsbedarf verringern. Hinzu kommt, dass der Altersstrukturwandel nicht nur die Inanspruchnahme verändern wird, sondern auch das Anspruchsverhalten. Aufsuchende Hilfekonzeppte werden zunehmend an Bedeutung gewinnen im Sinne von „Personenzentrierung vor Institutionszentrierung“. Hier müssen sich auch die Kliniken ihrer jeweiligen regionalen Verantwortung bewusst sein und sich als moderner Anbieter und Koordinator von psychiatrischen und psychosozialen Gesundheitsdienstleistungen verstehen.

Die traditionell orientierte Betrachtungsweise der Klinik als monolithischer Block sollte durch eine moderne Konzipierung im Sinne eines Track-Systems abgelöst werden. Dies bedeutet, dass die Klinik aus flexiblen, dynamischen und nach außen orientierten Untereinheiten (Tracks) besteht, die ein modulares Angebot für Jedermann in seelischer Not und in Behandlungskontinuität vorhält. Dieser Ansatz ist bereits in der LWL-Universitätsklinik Bochum in Entwicklung. Die damit verbundene Flexibilität soll zu der Auflösung der bisherigen traditionellen, starren Einteilung in der Krankenhausstruktur führen: Beispielsweise soll es keine expliziten Aufnahmestationen mehr geben, so dass die Aufnahme von Patienten bedarfsorientiert überall möglich ist. Tageskliniken und ambulante Leistungen sollten integriert und dezentrale Sprechstunden sollten in Regionen mit Ärztemangel – entsprechend dem Versorgungsbedarf – angeboten werden. Das modular-flexible regionale Versorgungssystem muss folglich einen hohen und dezentralen Vernetzungsgrad und

ein differenziertes Angebot vorhalten. Auf Grund des bedauerlichen Rückgangs gemeindepsychiatrischer Strukturen wächst den psychiatrischen Kliniken eine neue größere Verantwortung zu. Die rechtlichen Rahmenbedingungen bieten mittlerweile eine größere Vielfalt an Kooperationsmöglichkeiten. Neben der Vereinbarkeit von krankenhausärztlicher und vertragsärztlicher Tätigkeit sind hier beispielhaft auch die Integrierte Versorgung (IV), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und die Disease-Management-Programme (DMP) zu nennen. Allerdings sind für die DMP-Programme bislang nur somatische Indikationen vorgesehen, wenngleich für die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen, wie die Schizophrenie, der Ansatz von DMP-Programmen besonders geeignet ist. Die vergleichsweise geringe Berücksichtigung psychischer Erkrankungen betrifft die Umsetzung der Integrierten Versorgung. Kostenträger präferieren als Vertragsgegenstand somatische Indikationen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Komplexität und sicherlich auch die Chronizität psychischer Störungen die Kalkulation Integrierter Versorgungsverträge und die Erzielung von kurzfristigen Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen erschwert. So können Behandlungserfolge nur bedingt gemessen werden; wie es beispielsweise bei somatischen Erkrankungen mittels technischer Verfahren (MRT, Labor etc.) möglich ist. Insofern ist es erklärlich, dass die Endoprothetik und das ambulante Operieren als Gegenstand Integrierter Versorgungsverträge bevorzugt werden? Vor dem Hintergrund der geschilderten hohen Bedeutung psychischer Erkrankungen ist ein stärkeres Engagement im Bereich psychischer Erkrankungen zu fordern. Generell sollten in einem prospektiv (und präventiv) ausgerichteten Gesundheitssystem Investitionen mittel- und langfristig betrachtet werden und nicht – wie so oft – die kurzfristige Perspektive ausschlaggebend sein. Dies beinhaltet auch eine weitere Stärkung der Prävention und Früherkennung. Beispielhaft könnten Schul-Vorsorgeuntersuchungen erweitert werden, um psychische Erkrankungen frühzeitig diagnostizieren und einer adäquaten Therapie zuführen zu können.

Ein weiterer relevanter Aspekt betrifft die sektorale Gliederung im deutschen Gesundheitswesen. Fast ausschließlich wird eine Aufhebung der Sektorentrennung nur im Hinblick auf die Leistungserbringer diskutiert. Ein kooperativ ausgerichtetes Versorgungssystem ist aber weiter zu fassen und sollte gleichermaßen eine kosten-trägerübergreifende Versorgung ermöglichen. So ist die sektorale Trennung in Kranken- und Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Frage zu stellen. Hinzu kommt die gemeinsame Aufgabe vor dem Hintergrund, z. B. des zunehmenden Ärztemangels, die ambulante psychiatrische Versorgung auch künftig sicherzustellen. Hier konnten nur einige wenige, aber exemplarische strukturelle Ansätze genannt werden, die den Aufbau eines kooperativen Versorgungssystems fördern würden. Die Machbarkeit wird jedoch eine Frage der Allokation von knappen Ressourcen sein. Die aktuellen und künftigen Anforderungen an die psychiatrische Versorgung in Deutschland erfordern eine Neuausrichtung des noch primär sektoralen Versorgungssystems hin zu einem kooperativen Versorgungssystem. Krankenhäuser müssen sich hierbei ihrer regionalen Verantwortung stärker bewusstwerden und als flexible, kooperative und koordinative Organisation agieren. Die Kooperationsgestaltung betrifft sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger und die politischen Entscheidungsträger, die maßgeblich die rechtli-

chen und ökonomischen Voraussetzungen für ein kooperatives Versorgungssystem bestimmen und schaffen. Die bisherigen Kooperationsmöglichkeiten für psychiatrische Erkrankungen sind noch unzureichend realisiert (z. B. Integrierte Versorgung) bzw. in ihrer Ausgestaltung noch weiterzuentwickeln (z. B. DMP-Programme). Gemeinsam mit allen Beteiligten sind Ansätze zu entwickeln, die langfristig eine hochwertige und flächendeckende psychiatrische Versorgung ermöglichen unter Einbeziehung der vorhandenen ökonomischen Ressourcen.

Das psychiatrische Versorgungssystem wird in seiner künftigen Gestaltung durch veränderte Nachfrage- und Angebotsstrukturen determiniert. Erfolgsentscheidend für alle Leistungserbringer wird sein, wie sie im Sinne eines strategischen Managementprozesses die eignen Strukturen an die veränderten regional-spezifischen Bedarfe und Ressourcen anpassen können. Der hier zu Grunde gelegte Strukturbegriff ist sowohl organisationsübergreifend als auch innerhalb von Organisationen zu verstehen. Gegenstand der Betrachtung werden also die unternehmensinternen Strukturen und die Beziehungsstrukturen – insbesondere zu anderen Leistungserbringern sein. Zunächst stellt sich aber die Frage, welche Veränderungen einen Strukturwandel erfordern und welche grundlegenden Anforderungen an die psychiatrische Versorgungsplanung zu stellen sind. Als einer der wichtigsten, aber nicht ausschließlichen Einflussfaktoren ist der demografische Wandel zu nennen, der auf vielfältige Art und Weise die Strukturen beeinflusst. In den kommenden Jahrzehnten ist von einem Rückgang der Bevölkerung auszugehen. Letzteres würde auf den ersten Blick bedeuten, dass gleichsam die Bedarfe aufgrund geringerer Nachfrage zurück. Der demografische Wandel beinhaltet aber auch eine Verschiebung der Alterskohorten, die nicht allein auf eine geringere Geburtenrate zurückzuführen ist sondern auch auf eine steigende Lebenserwartung. Inwiefern dies zu einer erhöhten Inanspruchnahme führt, ist allerdings umstritten. Eine These (Kompressionstheorie) geht davon aus, dass Menschen bei steigender Lebenserwartung nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund bleiben, so dass die Inanspruchnahme nicht wesentlich stärker ausgeprägt ist, insbesondere vor dem Hintergrund einer insgesamt abnehmenden Bevölkerungszahl. Hingegen ist bei der Medikalisierungsthese, wonach mit zunehmender Lebenserwartung auch die Anzahl der Krankheitsjahre steigt, von einer höheren Inanspruchnahme auszugehen. Dies wird insbesondere auf solche Erkrankungen zutreffen, deren Auftretenswahrscheinlichkeit mit dem Alter zunimmt, z. B. bei demenziellen Erkrankungen. Bereits die vergangene Entwicklung zeigt, dass für den psychiatrischen Bereich ein kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen ist, auch bei einem bereits rückläufigen Bevölkerungsstand. So zeigt die Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, dass zwar in vielen Diagnosegruppen im Zeitraum 2000 bis 2010 ein Rückgang oder nur ein eher geringer Anstieg der stationären Inanspruchnahme festgestellt werden kann, aber für die psychischen Erkrankungen ein Anstieg um 27% vorliegt, wohingegen die durchschnittliche relative Veränderung über alle Diagnosegruppen nur bei 7% liegt. Im gleichen Zeitraum hat sich der Bevölkerungsstand um 507.938 auf 81.751.602.257 verringert. Allein für demenzielle Erkrankungen wird angenommen, dass im Jahr 2050 die Zahl Demenzkranker im Vergleich zu 2007 verdoppeln wird. Dies ergibt einen relativen Anstieg in Höhe von 144% (Beske et al., 2009). Neben dem altersbedingten Anstieg ist aber ein grundsätzlicher generationsübergreifender An-

stieg von psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Beispielhaft ist die Depression zu erwähnen, die nach Angaben der WHO im Jahr 2030 prognostisch die häufigste Form der Erkrankung sein wird. Der generelle Anstieg von psychischen Erkrankungen hat vielfältige Ursachen: Faktoren, die zu einem realen Anstieg führen, aber auch dass psychische Erkrankungen mehr als solche diagnostiziert oder früher erkannt werden. Beispielhaft sind hier die Maßnahmen zur Entstigmatisierung wie auch insbesondere der medizinische Fortschritt zu nennen, der eine bessere und frühzeitige Diagnostik ermöglicht und die Bedeutung psychischer Störungen als Begleiterkrankung von somatischen Erkrankungen aufzeigen konnte. So besteht z.B. ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken u.a. bei Herzinfarkt, Schlaganfall, und Diabetes mellitus. Nach dem GEK-Report können allein 54 Prozent der Versicherten mit der Diagnose „Depression und wahnhafte Störungen“ mindestens eine weitere somatische Krankheitsgruppe zugeordnet werden.

Der demografische Wandel wirkt sich naturgemäß auf die Zunahme bestimmter altersbedingter Krankheitsbilder aus. Neben der rein quantitativen Auswirkung hat der demografische Wandel einen bedeutenden Einfluss auf die Art der Nachfrage bzw. auf die qualitative Ausrichtung der Versorgungsstrukturen. Ursächlich hierfür ist die veränderte Bevölkerungsstruktur. Dies betrifft u.a. die Erreichbarkeit von ärztlichen Leistungen. Während jüngere Patienten bereit sind, für eine Krankenhausbehandlung weitere Distanzen zurückzulegen, präferieren ältere Patienten Einrichtungen in Wohnortnähe. Gleichmaßen verändern auch sozio-demografische Faktoren die Nachfragestrukturen. So führen die zunehmende Erwerbsquote von Frauen und die Anzahl an Alleinstehenden und Alleinerziehenden zu einem Rückgang der Familienstrukturen im klassischen Sinne. Dies kann zur Folge haben, dass zukünftig vermehrt externe und wohnortnahe Hilfesysteme erforderlich sind.

Anpassungsstrategien sind auch vor dem Hintergrund der Ressourcenknappheit verbunden mit einer erforderlichen Allokationsproblematik, d.h. veränderte Ressourcenstrukturen dürfte notwendig sein. Dies umfasst sowohl den finanziellen als auch den personellen Bereich. Im Hinblick auf die künftigen Herausforderungen psychiatrischer Krankenhäuser sind ergänzend zur grundlegenden Problematik knapper werdender finanzieller Ressourcen weitere Aspekte zu nennen: So sind die Krankenhäuser durch die Einführung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für vollstationäre und teilstationäre Leistungen auch in der Psychiatrie auf Grundlage tagesbezogener Fallpauschalen in vielfacher Hinsicht herausgefordert. Bereits 2014 sollte das neue Entgeltsystem zunächst budgetneutral umgesetzt werden. International existiert kein vergleichbares Finanzierungssystem, sodass weder auf bestehende Abrechnungsverfahren noch auf Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Hinzu kommt der mit dem Entgeltsystem einhergehende hohe Dokumentationsaufwand, den die Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Umsetzung des Entgeltsystems aufbringen müssen. Inwiefern über das neue Entgeltsystem bzw. über die vorgegebenen Beschreibungen von Behandlungsprozeduren die Leistungen real in psychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen abgebildet werden können, ist fraglich. So sind viele Leistungen nur begrenzt einzelnen Patienten oder Patientengruppen (Kurzkontakte, Teambesprechungen, etc.) zuzuordnen. Die Dokumentation bzw. die Erfassung dieser Residualgröße ist mit einem hohen Aufwand verbunden und wird letztendlich den Personalbedarf erhöhen. Die ist insofern

kritisch, als dass der demografische Wandel auch die Personalstruktur verändert. Nach einer Studie von PricewaterhouseCoopers werden im Jahr 2030 aufgrund ansteigender Rentenzugänge bei gleichzeitig geringerer Anzahl von Nachwuchskräften rund 79.000 ärztliche Vollzeitkräfte fehlen. Ein dramatischer Personalmangel wird ebenfalls für den nicht-ärztlichen Bereich prognostiziert. Im Jahr 2030 wird danach allein in den Krankenhäusern eine Personallücke in Höhe von fast 350.000 nicht-ärztlichen Vollzeitkräften vorliegen. Die Kliniken stehen vor der Herausforderung, auch künftig eine qualitativ bestmögliche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen, bei erhöhtem Aufwand durch zusätzliche Aufgaben (u. a. Dokumentations- und administrativer Aufwand) und geringerem Personaltableau. Verstärkt wird dies durch die steigende Inanspruchnahme von psychiatrischen ärztlichen und pflegerischen Leistungen aufgrund der Morbiditätsentwicklungen, die einen zusätzlichen Bedarf an Personal bedingt.

Die bisher aufgezeigten zentralen Veränderungen betreffen die psychiatrische Versorgung in ihrer Gesamtheit, sind aber im Hinblick auf ihre Bedeutung und den möglichen Handlungsalternativen zwingend regionalspezifisch zu betrachten. Studien weisen darauf hin, dass bei der Bedarfsplanung sozio-strukturelle Faktoren und mithin regionalspezifische Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Allein ein Vergleich der Bundesländer zeigt, dass beispielsweise deutliche Unterschiede in der Depressionsprävalenz vorliegen. So besteht für die Einwohner in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern ein geringeres Risiko an einer Depression zu erkranken. Dies wird zurückgeführt auf unterschiedliche Versorgungsstrukturen und Sozialisierungsphänomenen. Vergleichbare Unterschiede ergeben sich nicht nur auf der Landesebene sondern auch in kleinräumigeren Regionen. Während im städtischen Bereich und insbesondere in Ballungsräumen zum Teil ein Überangebot ärztlicher Versorgung konstatiert wird, besteht für den ländlichen Bereich die Gefahr, dass eine flächendeckende Versorgung künftig nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Distanzwege der Patienten zum niedergelassenen Arzt werden entsprechend größer und stellen insbesondere für ältere und hochbetagte Patienten ein Problem dar. Mit dem Versorgungsgesetz seit 2012 sind Rahmenbedingungen für eine flexiblere Bedarfsplanung vorgesehen, die dem Stadt-Land-Gefälle im Hinblick auf die ärztliche Versorgung entgegenwirken sollen. Inwiefern diese Maßnahmen genügen, um das Allokationsproblem zu verringern, bleibt abzuwarten. Auch für die Krankenhausgestaltung ist die infra- und sozio-strukturelle Entwicklung des Einzugsgebietes im Hinblick auf die Bedarfsplanung und das Ressourcenmanagement von zentraler Bedeutung. Eine ausschließliche Differenzierung nach städtischen und ländlichen Regionen würde aber zu kurz greifen, da sowohl städtische Regionen unterschiedliche Bevölkerungs- und Infrastrukturen aufweisen können als auch ländliche Regionen. Eine Clusteranalyse nach sozio-strukturellen Faktoren als Grundlage für unterschiedliche Gesundheitsrisiken und Gesundheitslagen wurde vom Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung an der Ruhr-Universität Bochum durchgeführt. Danach können für NRW – ein stückweit unabhängig von Stadt/Land – allein sechs Clustertypen unterschieden werden.

Die skizzierte veränderte Bedarfs- und Ressourcenlage mit unterschiedlichen regionalen Ausprägungen erfordert eine Weiterentwicklung des noch primär sektoralen, starren Versorgungssystems hin zu einem kooperativen, dynamischen Versor-

gungssystem. Eine integrative und effiziente Versorgung wird zurzeit unter anderem durch Schnittstellenprobleme erschwert, die aus der noch bestehenden Fraktionierung der Versorgungsbereiche resultieren. Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung sind Behandlungskonzepte zu realisieren, die stärker kooperativ ausgerichtet sind und zum einen die Behandlungskontinuität sicherstellen und zum anderen insbesondere bei komorbiden somatischen Erkrankungen einen umfassenden Behandlungsansatz beinhalten. Insofern ist die Einbindung von Hausärzten, Fachärzten unterschiedlichster Disziplinen und komplementären Leistungsanbietern erfolgsentscheidend für eine qualitativ hochwertige und gemeindenah ausgerichtete Versorgung. Krankenhäuser müssen hierbei mehr denn je ihrer jeweiligen regionalen Verantwortung bewusst sein und sich als moderner Anbieter und Koordinator von psychischen und psychosozialen Gesundheitsdienstleistungen verstehen. Der Aufbau und die Koordination eines prospektiv ausgerichteten Versorgungssystems basiert auf den zentralen Strukturmerkmalen: modular, flexibel, kooperativ und nachhaltig, und zählt zu den strategischen Aufgaben der Zukunft. Dies setzt aber auch die Bereitschaft aller Beteiligten (Leistungserbringer, Kostenträger, Politik) voraus, notwendige Anpassungen umzusetzen und insbesondere seitens der Politik, die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen bieten zwar schon eine größere Vielfalt an Kooperationsmöglichkeiten und Flexibilität, sind aber hinsichtlich der anstehenden Herausforderung noch unzureichend. Beispielhaft sind die Selektivverträge (z. B. Integrierte Versorgungsverträge) zu nennen, die bislang vorrangig somatische Indikationen umfassen. Ferner wird eine Aufhebung der Sektorentrennung zumeist nur im Hinblick auf die Leistungserbringer gefordert. Ein kooperativ und sektorenübergreifend ausgerichtetes Versorgungssystem erfordert aber gleichermaßen eine kostenträgerübergreifende Versorgung. Die sektorale Trennung in Kranken- und Pflegeversicherung ist vor dem Hintergrund der Zunahme älterer Patienten im Hinblick auf die Versorgung kontraindiziert und sollte zu einer Versicherung zusammengeführt werden. Generell ist zu fordern, dass Maßnahmen im Gesundheitswesen durch eine mittel- und langfristige Perspektive gekennzeichnet sein sollten, um den Erfolg nachhaltig zu sichern. Investitionen werden seitens der Kostenträger vielfach unter dem Gesichtspunkt kurzfristiger Kosteneinsparungspotentiale getätigt. So präferieren Kostenträger als Vertragsgegenstand im Rahmen der Integrierten Versorgung vorwiegend somatische Indikationen. Hintergrund könnte sein, dass die Komplexität und die Chronizität psychischer Erkrankungen die Kalkulation und die Erzielung von kurzfristigen Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen erschwert. Für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser besteht einer der Herausforderung darin, die Klinik als monolithischen Block mit einer eher traditionell ausgerichteten Betrachtungsweise zu einem modular konzipierten Behandlungskonzept im Sinne eines Track-Systems weiterzuentwickeln. Krankenhäuser sind danach unterteilt in flexible, dynamische und nach außen orientierte Untereinheiten (Tracks) zu verstehen, die eine verbesserte Bedarfsorientierung und Behandlungskontinuität ermöglichen. Dieser Ansatz ist bereits beim LWL als einer der größten Träger psychiatrischer Krankenhäuser in der Entwicklung. Das LWL-Universitätsklinikum Bochum hat den Prozess konzipiert und initiiert mit dem Ziel,

die traditionell, starre Einteilung der Krankenhausstruktur in eine flexible, modulare Struktur zu überführen. Die Krankenhausorganisation ist nicht als geschlossenes oder solitäres System zu betrachten, sondern als ein integratives und kooperatives System innerhalb einer sektorenübergreifenden und interdisziplinär ausgerichteten Versorgung. Insbesondere die Zunahme von multimorbiden und chronisch degenerativ erkrankten Patienten bedingte eine intensivere Kooperation und Integration unterschiedlichster Fachrichtungen und Leistungserbringer. Beispielhaft werden im Zentrum für Altersmedizin am LWL-Klinikum Gütersloh sowohl internistische, neurologische als auch gerontopsychiatrische Fachdisziplinen vorgehalten. Dies ermöglicht eine schnelle Einbindung aller benötigten Fachdisziplinen im Rahmen von Liaison- und Konsiliardienste und mithin eine kontinuierlich abgestimmte Behandlung. Die Herausforderung besteht in der Koordination aller Aktivitäten im Rahmen des Behandlungsprozess einschließlich des Entlassmanagements. Die hohen Koordinationsleistungen ergeben sich aus der hohen Differenziertheit, der Vielzahl der zu beteiligenden Leistungserbringer und den bestehenden Interdependenzen. Unterstützung können hier neue Mechanismen und Instrumente sein, wie die Einführung von Behandlungsleitlinien und Behandlungspfaden sowie der Einsatz neuerer Technologien.

Der Rückgang der klassischen Familienstrukturen und die Zunahme älterer Menschen stellen ebenfalls neue Anforderungen an die Infrastruktur. Dies betrifft nicht nur die räumlichen Gegebenheiten, die grundsätzlich einen barrierefreien Zugang ermöglichen sollten, sondern auch die Erreichbarkeit. So geht der Rückgang der klassischen Familienstrukturen einher mit einer verringerten Unterstützungsleistung und einem entsprechend höheren Bedarf an externen Hilfen. Dies betrifft insbesondere die Versorgung von älteren Patienten, die eine vergleichsweise geringere Mobilität aufweisen und vermehrt wohnortnahe und aufsuchende Hilfsstrukturen benötigen. Hinzu kommt, dass durch die geringe Bevölkerungsdichte in strukturschwachen Gebieten die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr weitaus geringer ausgeprägt ist als im städtischen Bereich. Bereits heute werden flexible Nahverkehrskonzepte (z. B. Anrufbus) eingesetzt, um eine wirtschaftliche Anbindung an das Verkehrsnetz zu ermöglichen. Gleichmaßen müssen auch die Gesundheitseinrichtungen ihre Angebote und Strukturen so ausrichten, dass diese auch bei zum Teil sehr verminderter Mobilität der Patienten in Anspruch genommen werden können. Entsprechend wird der Ausbau von dezentralen Versorgungsangeboten zu den künftigen Handlungsfeldern eines Krankenhauses gehören. Insbesondere in den ländlichen Regionen mit einer nicht bedarfsgerechten ambulanten Versorgungsstruktur kommt den psychiatrischen Krankenhäusern hier eine größere Verantwortung zu. Vermehrt werden auch aufsuchende Hilfen in Anspruch genommen werden, wie das sogenannte Home-Treatment. Hier müssten die Finanzierungsstrukturen baldmöglichst evtl. auch bundesweit geklärt werden. Deren Bedeutung wird auch vor dem Hintergrund des Anstiegs von Alleinerziehenden und Alleinstehenden zunehmen. In ländlichen Regionen werden bei einer weiter verringerten Anzahl von niedergelassenen Ärzten die aufsuchenden Hilfen allerdings nur in begrenztem Umfang flächendeckend möglich sein, zumal die räumliche Entfernung mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden ist. Wenn einerseits die verringerte Mobilität eine Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen nicht

zulässt und andererseits auf Grund der begrenzten ärztlichen Ressourcen eine kontinuierliche Behandlung vor Ort nicht realisiert werden kann, so sind distanzneutrale Versorgungsmodelle erforderlich. Beispielhaft ist hier die Telemedizin zu nennen, die in Teilen auch für die psychiatrische Versorgung an Bedeutung gewinnen kann. In Betracht kommt u. a. der Einsatz der Telemedizin als ergänzende Hilfsmaßnahme im Rahmen der nachstationären Behandlung. Es steht außer Frage, dass die Telemedizin die klinische Behandlung im eigentlichen Sinne und das therapeutische Gespräch nicht ersetzen kann, aber sie kann insbesondere nach einer klinischen Behandlung die Behandlungskontinuität beim Übergang zwischen den Sektoren stärken. Dies betrifft vor allem online-Applikationen für therapeutische Rückmeldungen, „Stimmungsbarometer“ u. ä. Ferner kann die Telemedizin als modernes Kommunikationsmedium (z. B. Videokonferenzen) zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit beitragen. In welchem Umfang und mit welchem Erfolg die Telemedizin in der psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig zu beantworten. Umfangreiche Studien sind hier erforderlich, um valide Aussagen treffen zu können.

Wenngleich der demografische Wandel und mithin die Zunahme älterer Patienten zu den wesentlichen Herausforderungen zählt, ist die Versorgung in ihrer Gesamtheit generationsübergreifend auszurichten. Die vergleichsweise starke Zunahme von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen verdeutlicht, dass eine ausschließliche Fokussierung der Versorgungsplanung auf die Auswirkungen des demografischen Wandels den gegenwärtigen und künftigen Bedarfen nicht gerecht werden würde. Denn die problematischen Kinder und Jugendlichen heute sind die Patienten von morgen. Studien zeigen zudem, dass für Kinder von psychisch erkrankten Eltern ein erhöhtes Risiko besteht an einer psychischen Störung zu erkranken. Insofern sind Versorgungsmodelle zu implementieren, die frühzeitige etwaige Verhaltensauffälligkeiten und Hilfebedarfe von Kindern psychisch kranker Eltern erkennen, präventive Module beinhalten und die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie oder Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie zum Gegenstand haben. Der Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt hier eine doppelte Bedeutung zu: Zum einen umfasst sie die Behandlung im familiären Kontext dahingehend, dass zwischen den behandelnden Ärzten des Kindes und der Eltern bzw. des betroffenen Elternteils ein Austausch stattfinden kann. Zum anderen ist hinsichtlich der Patientengruppe der Adoleszenten, die sich im Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie befinden, eine Zusammenarbeit zwischen diesen Fachdisziplinen erforderlich, um die Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Die beschriebenen, grundlegenden Handlungsätze, wie beispielsweise Home-Treatment, modularer Aufbau von Krankenhausstrukturen, etc., sind in ihrer Ausprägung regionalspezifisch anzupassen. Entsprechend ist für eine bestmögliche gemeindenah orientierte Versorgung eine Regionalanalyse bzw. ein Planungsprozess vorzunehmen, der auf Grundlage des regionalen Versorgungsbedarfes und der bestehenden Versorgungsangebote erfolgt. Dies bedeutet aber auch, dass die Bedarfsplanung sowohl im niedergelassenen Bereich wie auch die Krankenhausplanung regionalspezifisch zu betrachten sind. Mit dem geplanten Versorgungsgesetz sind bereits erste Ansätze für eine flexiblere und regionalspezifische ambulante Be-

darfsplanung erkennbar. Danach werden bei der Anpassung der Verhältniszahlen neben der demografischen Entwicklung auf regionaler Ebene „auch die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbereich sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen“ berücksichtigt. Entsprechende regionalspezifische Ansätze sind gleichermaßen für die Krankenhausplanung zu fordern.

Das Leistungsportfolio eines Krankenhauses umfasst aber nicht nur die regionale Grundversorgung, sondern auch Spezialisierungen, die aus Effizienzoptimierung nicht von jedem Krankenhaus vorgehalten werden können. Die regionalspezifische Ausrichtung auf das jeweilige Versorgungsgebiet und den gemeindepsychiatrischen Verbund ist daher zu ergänzen um einen überregionalen Ansatz für spezialisierte Leistungen. Spezialisierung in Form einer Konzentration ist nicht als Gegensatz zur flächendeckenden Grundversorgung zu sehen, sondern als Ergänzung, die über geeignete Organisationsstrukturen einen breiten Zugang ermöglichen. Klinikverbünde, wie der LWL-PsychiatrieVerbund haben diesbezüglich den Vorteil, dass sie Kliniken mit unterschiedlichen Spezialisierungen vorhalten können, die nicht in Konkurrenz, sondern in Kooperation zueinanderstehen, so dass die Spezialangebote überregional zur Verfügung stehen. Beispielhaft verfügt die LWL-Klinik Lengerich über ein Behandlungszentrum mit ambulanten und stationären Angeboten zur Diagnostik und Behandlung für gehörlose und schwerhörige Menschen. Dies verdeutlicht aber auch, dass das Einzugsgebiet eines Krankenhauses nicht ausschließlich regional ausgerichtet ist und sein kann. Die Anzahl der Betten bzw. die Größe eines Krankenhauses ausschließlich nach dem regionalen Bedarf zu bestimmen, würde den Bedarf an spezialisierten Angeboten außer Acht lassen und einer effizienten und wirtschaftlichen Ausrichtung der Krankenhäuser entgegenstehen. Ferner ist der Grundsatz der freien Arzt- und Krankenhauswahl zu beachten, d. h. das Einzugsgebiet bzw. der Versorgungsbereich eines Krankenhauses orientiert sich nicht an starren administrativen Grenzen. Dieser Aspekt wird in Teilen auch bei dem künftigen Versorgungsgesetz durch eine Flexibilisierung der ambulanten Planungsbereiche berücksichtigt, die künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen müssen. Die Krankenhausplanung des Landes sollte entsprechend das (regionale und überregionale) Einzugsgebiet eines Krankenhauses und mithin die tatsächliche Inanspruchnahme berücksichtigen. Das Einzugsgebiet bzw. das Leistungsportfolio eines Krankenhauses und mithin die Bedarfsplanung beinhalten insofern sowohl eine regionale als auch eine überregionale Komponente, die für den Unternehmenserfolg als auch für die Versorgung gleichermaßen bedeutsam sind. Wenngleich die Bedeutung regionalspezifischer Gegebenheiten nicht in Frage gestellt wird, so werden doch bisher nur vergleichsweise wenige Studien durchgeführt, die auf die unterschiedliche regionale Ausprägung der Inanspruchnahme eingehen. Es existieren verschiedenste Studien bezüglich der Vorhersage der Krankenhausbedarfe auf Bundes- oder Landesebene. Eine Planung auf regionaler Ebene auf Grundlage der ermittelten Landesbedarfe würde am tatsächlichen Bedarf vor Ort vorbeigehen. Um das Forschungsdefizit zu verringern, hat das LWL-Universitätsklinikum Bochum in Zusammenarbeit mit der KVWL einen sektorenübergreifenden und regionalspezifischen Forschungsansatz gewählt, um die künftigen Bedarfe und Ressourcen im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung zu ermitteln.

Aber nicht nur die Bedarfe sind maßgebend für die Planung, sondern auch die

zur Verfügung stehenden Ressourcen. Der demografische Wandel führt zwangsläufig auch zu einer Verschiebung der Altersstruktur der Ärzte, Pflegefachkräfte, etc. Für das Jahr 2030 wird nach der PwC-Studie in den Krankenhäusern ein Personaldefizit von rund 429.000 Vollzeitkräften im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich prognostiziert. Ein nachhaltiges Personalmanagement (Personalgewinnung und Personalentwicklung) ist insofern als kritischer Erfolgsfaktor für ein Krankenhaus zu sehen. Die Attraktivität für medizinische Berufsgruppen, z.B. für die ärztliche, in Krankenhäusern zu arbeiten, muss sich auch dahingehend steigern, dass die Arbeitsatmosphäre und -zeiten sowie Anerkennung stimmig sind, aber auch Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten auf alle Strukturen und Abläufe eines Krankenhauses gegeben sind. Ferner sind verstärkt Arbeitsbedingungen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützen, auszubauen. Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass ein Personalmangel auch zu einer höheren Beanspruchung der vorhandenen Mitarbeiter führen kann. Über ein betriebliches Gesundheitsmanagement sollten frühzeitig und präventiv Maßnahmen ergriffen werden, die eine zu hohe Belastung vermeiden, die Arbeitszufriedenheit erhöhen und letztendlich die Ausfallzeiten vermindern.

d) Psychiatrie ohne Bett in Modellvorhaben

(mit Meinolf Noeker)

Auch 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete zeichnet sich die Versorgung und Behandlung psychischer Störungen weiterhin durch ungelöste und für die Patienten folgenreiche Strukturprobleme aus. Diese spiegeln sich unter anderem in einer sektoralen Zersplitterung des Gesundheits- und Sozialsystems in unterschiedliche Sozialgesetzbücher mit je eigenen Leistungskatalogen, Versicherungs- und Kostenträger, Entgeltbestimmungen und zugelassenen Leistungserbringern, eine Vielfalt von Trägern mit heterogenen und nicht hinreichend untereinander abgestimmten Leistungsangeboten, einer damit einhergehenden Angebotsorientierung, definiert über das partikulare „Leistungsportfolio“ der jeweiligen Träger an Stelle einer Patientenorientierung, die sich am Bedarf des Individuums bzw. der Population bemisst, hohen Risiken für Brüche der Behandlungskontinuität mit teilweise widersprüchlichen und verwirrenden Behandlungsempfehlungen für die Patienten, damit einhergehend die Notwendigkeit eines aufwendigen Schnittstellenmanagements sowohl auf institutionell-systemischer Ebene (PSAG, GPV etc.) wie auf individueller Patientenebene (Casemanager, Entlassmanagement, Hilfeplankonferenzen, Arztbriefe etc.), damit einhergehend ein hoher Ressourcenverbrauch für patientenferne Tätigkeiten, damit insgesamt eine Koexistenz von Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung.

Die sektorale Zersplitterung setzt sich innerhalb der jeweiligen Sozialgesetzbücher fort. Krankenbehandlung wird einerseits von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten und andererseits den Kliniken mit je eigenen Trägerschaften, Budgets und Entgeltbestimmungen geleistet. Sogar innerhalb des psychiatrischen