

Peter Brieger¹
Hans-Joachim Kirschenbauer²

Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein?

Can the Planning Process for the Mental Health System in Germany Follow Scientific Principles?

Die Medien, unsere Patienten, wir selbst: Zahlreiche Diskussionen um die Folgen der Agenda 2010, des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) oder des Arbeitslosengelds II werden geführt. Der Umbau des Sozialstaates betrifft in ganz erheblichem Maße psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. Handelt es sich um Umbau oder Abbau? Wir wollen die Perspektive des Umbaus wählen, da sie Gestaltungsmöglichkeiten impliziert. Nach welchen Konzepten wird auf der kommunalen Ebene umgebaut, geregelt und geplant? Die beiden Autoren leiten bzw. leiteten entsprechende Fachabteilungen der Gesundheitsämter zweier Großstädte (Frankfurt/Main, Halle/Saale), die mit solchen Fragen befasst sind – und haben nicht immer ohne weiteres Antworten auf diese Frage gefunden.

Aus den bestehenden Empfehlungen und rechtlichen Rahmenbedingungen lassen sich allgemeine Prinzipien ableiten, die aber recht abstrakt bleiben und wenig konkrete Gestaltungshinweise beinhalten. Auch ist es so, dass einige dieser Prinzipien so weit von der bestehenden Realität entfernt sind, dass ihre Relevanz für konkrete Planungsprozesse gering ausfällt: Natürlich soll unsere Planung und Steuerung gemeindenah und bedarfsgerecht sein. Sie soll die Prinzipien „ambulant vor stationär“, die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatischen Kranken, die Prinzipien der personenbezogenen Hilfen, das Normalisierungsprinzip und das „Empowerment“ berücksichtigen. Schwendy [1] beklagte zu Recht anlässlich des 25-jährigen Jubiläums zur Psychiatrie-Enquete das „Versäumnis des Aufbaus einer stringenten Steuerung auf örtlicher Ebene“. Einige neuere deutschsprachige Publikationen [2] befassen sich deshalb mit der Frage, wie Steuerung auf der Ebene der Gemeinde zu realisieren ist. Angesichts

der Zersplitterung der Finanzierung der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen und angesichts der vielfältigen Gesetze, Verordnungen und Vorschriften, die diese regeln, liegt der Schwerpunkt der Diskussion hier bei den konkreten sozialrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten und wird notwendigerweise in einer Sprache geführt, die überwiegend der Sphäre sozial- und verwaltungsrechtlicher Regelungen (und nicht der medizinischen Wissenschaft) zugehört. Zugleich wird in den letzten Jahren mit Interesse die Entwicklung in englischsprachigen Ländern [3] und Italien [4] beobachtet, wo angesichts anderer Finanzierungs- und Gesundheitssysteme interessante Formen der gemeindepsychiatrischen Versorgung entwickelt wurden. So hat das englische Gesundheitsministerium Rahmenempfehlungen der psychiatrischen Versorgung veröffentlicht, an denen sich dortige Planungsprozesse orientierten sollen [5].

Die Inhalte solcher Empfehlungen erscheinen auf den ersten Blick einleuchtend. Letztlich ist aber nicht belegt, dass ihre Umsetzung tatsächlich die Qualität der psychiatrischen Versorgung verbessert. Zwar besteht in der „alltäglichen sozialpsychiatrischen Praxis“ in vielen Bereichen Übereinstimmung, was in der Versorgung als wünschenswert angesehen wird, jedoch finden sich – teilweise erstaunliche – Diskrepanzen zu dem, was sich als effektiv und effizient erwiesen hat – es sei hier beispielsweise auf Cochrane Reviews gemäß den Prinzipien der evidenz-basierten Medizin verwiesen, die – nicht unumstritten – bestimmten psychosozialen Interventionen keine oder geringe Effizienz zuerkennen haben (z. B. [6]). In der kommunalen Planung spielen nicht nur medizinisch-therapeutische Fragen eine Rolle, sondern haben auch ordnungspolitische, sicherheitsrelevante, öffentlich-

Institutsangaben

¹ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt, Abteilung Psychiatrie

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Peter Brieger · Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie · Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · 06097 Halle/Saale · E-mail: peter.brieger@medizin.uni-halle.de

Bibliografie

Psychiatr Prax 2004; 31: 383–386 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-828331
ISSN 0303-4259

keitswirksame und haushaltstechnische Fragen eine mindestens gleichrangige Bedeutung. Nachfolgend sollen drei Aspekte skizziert werden, die die Diskrepanzen zwischen den administrativen Planungsprozessen der kommunalen Psychiatrie und den wissenschaftlichen Erkenntnissen berühren:

- Ergebnisqualität als Zielparame-ter der Planung,
- inhaltliche und sprachliche Differenzen zwischen Verwaltung und Wissenschaft sowie
- die Frage der Zielgruppe.

Ergebnisqualität als Zielparame-ter der Planung

Die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gehört mittlerweile zum Allgemeinschatz gemeindepsychiatrischer Diskussionen. Qualitätssicherung ist auch in der Sozialpsychiatrie in Mode gekommen. Dabei soll nicht so getan werden, als ob sozialpsychiatrisches Arbeiten früher solche Aspekte nicht berücksichtigt hätte. Konzepte und Instrumente wie etwa der „PDCA-Zyklus“ (plan-do-check-act) sind überzeugend, weil sie dem entsprechen, was seit Jahren erfolgreich praktiziert wurde. Sie eröffnen neue Perspektiven in der Gemeindepsychiatrie: Tansella u. Thornicroft [7] haben eine gemeindepsychiatrische Matrix formuliert, die durch zwei Dimensionen (Zeit, Ort) umrissen wird, die wiederum in jeweils drei Kategorien untergliedert sind (Ort: Land, Gemeinde, Person; Zeit: Input, Prozess, Ergebnis). Mit dieser Matrix lassen sich verschiedene Aspekte der gemeindepsychiatrischen Versorgung konzeptionell einordnen.

Für die Planung in der Gemeindepsychiatrie ist es mittlerweile gut möglich, die *Strukturqualität* zu erfassen. So liegt mit der deutschsprachigen Version des European Service Mapping Schedule (ESMS) ein Instrument vor, das es vermag, ein regionales psychiatrisches Versorgungssystem hinsichtlich verschiedener Hilfen (z. B. medizinische Versorgung, Rehabilitation, Arbeit oder Wohnen) abzubilden. Das ESMS wurde und wird beispielsweise in Sachsen-Anhalt landesweit eingesetzt [8]. Auch wenn die Erfassung der Versorgungsstrukturen nicht der einzige Aspekt der Strukturqualität ist, so kann doch festgestellt werden, dass deren Erfassung und Kontrolle möglich und realisierbar ist. Die Erfassung und Planung der Strukturqualität ist also für die gemeindepsychiatrische Versorgungsplanung im Prinzip gut umsetzbar.

Die Sicherung der *Prozessqualität* ist angesichts der bereits beklagten Zersplitterung der Anbieter und Leistungsträger gemeindepsychiatrischer Hilfen in Deutschland schwieriger zu bewerkstelligen. Das frühere Bundesgesundheitsministerium und die Aktion Psychisch Kranke haben Dokumente und Hilfen erarbeitet, die darauf hin abzielen [9], mittels eines personenzentrierten Ansatzes Hilfen koordiniert an den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren, statt sie von den Interessen der versorgenden Institutionen bestimmen zu lassen. Dass dieser Ansatz auch tatsächlich umsetzbar ist, zeigen erste Auswertungen eines Implementationsprojektes, beispielsweise in der Region Gera in Thüringen [10]. Parallel dazu wurde in der Stadt Frankfurt/Main unter Federführung der Abteilung Psychiatrie des Stadtgesundheitsamtes eine Vereinbarung zur außerstationären gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung erarbeitet, die verbindliche Versorgungsstrukturen außerhalb der Kliniken regelt [11]. Durch

solche Vorgehensweisen werden die Zuständigkeit der Helfer und die Form der Hilfen festgelegt. Entsprechende Ansätze befinden sich zwar noch weit gehend im Stadium der Erprobung in ausgewählten Regionen, dennoch existieren damit auch in Deutschland durchaus Konzepte der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die den Bereich der Prozessqualität befriedigend berücksichtigen und damit der Planung auch diesen Bereich eröffnet.

Über *Ergebnisqualität* wird dagegen im Kontext der Versorgung wenig diskutiert. In kaum einer Planung gemeindepsychiatrischer Versorgung spielen entsprechende Indikatoren eine bedeutsame Rolle. Auch in der sozialpsychiatrischen Forschung in deutschsprachigen Ländern kommt der Ergebnisqualität nur eine marginale Rolle zu [12,13]. Dabei gibt es stringente Überlegungen wie evidenzbasierte Psychiatrieplanung und Versorgungsforschung aussehen sollte [14]. Cooper verweist darauf, dass das Bewertungssystem der evidenzbasierten Medizin [15] – etwas modifiziert – durchaus für Fragen der psychiatrischen Versorgungsforschung übernommen werden kann, dass aber bislang nur für wenige Bereiche ausreichende „Evidenz“ gemäß dieser Konzeption vorliegt, da randomisierte oder zumindest kontrollierte Interventionsstudien rar sind. Unzweifelhaft muss aber in der Versorgungsforschung und Versorgungsplanung der Fokus sehr viel stärker auf die Ergebnisqualität hin gerichtet werden. Wie eingangs dargestellt, wissen wir wenig über die Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz vieler Hilfen, die heute wie selbstverständlich in der Gemeindepsychiatrie vorgehalten werden oder als anstrengenswert angesehen werden. Es ist oft erstaunlich wenig dazu bekannt, ob geplanten oder zu planende Hilfen tatsächlich in angemessener Weise der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Betroffenen zugute kommen. Es müssen darüber hinaus einzelne Angebote und Konzepte der Versorgung schrittweise mittels der oben genannten Methoden der evidenzbasierten Medizin evaluiert werden, auch wenn dies bedeutet, dass manches angestammte Vorgehen und manche etablierte Hilfeform sich als nicht sinnvoll erweisen könnte. In der Versorgungswirklichkeit und Versorgungsplanung würde das ein fundamentales Umdenken bedeuten, da Indikatoren der Ergebnisqualität dort bislang kaum Berücksichtigung finden. Kontrollierte Studien (gar mit randomisiertem Design) erscheinen bislang – auch angesichts der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung – nur mit großen Schwierigkeiten durchführbar.

Inhaltliche und sprachliche Differenzen zwischen Verwaltung und Wissenschaft

Eine Schwierigkeit, Prozesse der Psychiatrieplanung wissenschaftlich zu begründen und zu begleiten, wird unseres Erachtens zu wenig thematisiert: Es gibt fundamentale Unterschiede zwischen den Arbeitskulturen und -strukturen von Verwaltung und Wissenschaft. Sprache, Ziele, Methoden und Werte stehen sich – teilweise diametral – gegenüber. Verwaltungen ist an der Bearbeitung anwendungsorientierter Fragen der Evaluation und Gestaltung bestehender Systeme im Rahmen der gegebenen rechtlichen Vorschriften gelegen. Planungshorizonte sind kurz. Ziel ist nicht Erkenntnis, sondern Implementation. Klassische wissenschaftliche Projekte orientieren sich dagegen in der Regel sehr viel mehr am Konzept des „Versuches“ oder „Experimen-

tes“; gerade die oben dargestellte Notwendigkeit, evidenzbasierte Erkenntnisse zu gewinnen, machen diese Zielsetzung langfristig noch bedeutsamer. Hier liegen Interessenkonflikte, die zu wenig beachtet werden. Das Gefühl, dass in Beratungen zur Psychiatrieplanung Politiker, Verwaltungsmitarbeiter, Wissenschaftler und in der Versorgung Tätige (eventuell auch Betroffene und Angehörige) jeweils anderes meinen, wenn sie förmlich vom selben sprechen, ist solchen zwangsläufigen Unterschieden geschuldet und erschwert die praktische Arbeit. Nicht ohne Grund steht die praktische, versorgungsorientierte Sozialpsychiatrie im Ruf, auf stundenlangen Beratungen und Arbeitskreisen zu basieren, die nur mühsam zu Ergebnissen führen. Die bestehenden Rechtsvorschriften und kleinteiligen Finanzierungswege geben dabei ein System vor, dass in seiner Entstehungsgeschichte offenkundig kaum von wissenschaftlichen Erkenntnissen der evidenzbasierten Versorgungsforschung geprägt ist.

Die Frage der Zielgruppe

Bislang hat sich die Psychiatrieplanung in deutschsprachigen Ländern vornehmlich den chronisch psychisch kranken Menschen gewidmet, die an schizophrenen, affektiven oder organischen Psychosen leiden, an schweren Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, an anderen rezidivierenden oder anhaltenden psychischen Störungen, die zur Behinderung gemäß §§ 39/40 BSHG führen. Rössler hat dagegen kürzlich angefragt, „ob die Öffentlichkeit und die politischen Entscheidungsträger langfristig nicht doch eher einer breit angelegten psychiatrischen Basisversorgung für die Gesamtbevölkerung Vorrang einräumen gegenüber dem Ausbau der Spezialversorgung besonders benachteiligter Gruppen z.B. chronisch psychisch Kranker“ [16]. Damit tut sich ein Konflikt auf, der für die kommunale Psychiatrieplanung von größter Relevanz ist. Soll sich das Versorgungssystem weiterhin auf die Belange chronisch psychisch kranker Menschen hin orientieren? Soll es besonders die Belange bestimmter spezieller benachteiligter Personengruppen berücksichtigen (im oben genannten Sinne einer Spezialversorgung) – etwa psychisch kranker Wohnungsloser, von Menschen mit komplexem Hilfebedarf oder Migranten? Oder soll stattdessen der Fokus zukünftig auf eine „ausreichende und zweckmäßige“ psychiatrisch-psychotherapeutische Basisversorgung der „breiten Bevölkerung“ hin ausgerichtet sein? Natürlich wird man zunächst vorschlagen, möglichst beides umzusetzen. Die Gesundheitsökonomie weist uns aber darauf hin, dass Aspekte der „Rationierung“ dem entgegenstehen [17]. Ob in der kommunalen Planung der psychiatrischen Versorgung also eine Maximierung des psychischen Gesundheitsergebnisses der Bevölkerung (im Sinne des „Utilitarismus“, auf den Rössler sich beruft) primäres Ziel sein soll, oder ob stattdessen Fragen der sozialen Gerechtigkeit von größerer Bedeutung sind, ist eine Frage, die grundsätzlich ethisch und politisch zu beantworten ist. Führende britische Sozialpsychiater haben sich kürzlich dahin gehend geäußert [18], dass sie den Bereichen „soziale Qualität“ und „soziale Teilhabe“ ganz besonderen Wert beimessen. Sie formulierten, dass soziale Qualität nur dann erfolgreich erreicht wird, wenn neben den formalen gleichen sozialen, politischen und juristischen Bürgerrechten von Menschen mit psychischen Erkrankungen (sie nennen das griechisch „DEMOS“), auch deren aktive Teilhabe an der Gesellschaft (im Sinne von Einfluss, Integration und Bedürf-

nisbefriedigung) gewährleistet ist. Dieser zweite Bereich, den Huxley und Thornicroft „ETHNOS“ bezeichnen, wird wesentlich durch Berufstätigkeit und Einkommen bzw. Vermögensverhältnisse mitbestimmt. Die Verwirklichung beider Aspekte (DEMOS und ETHNOS) kann aber unseres Erachtens ein utilitaristisches psychiatrisches Versorgungssystem, das die Belange besonders benachteiligter Menschen als sekundär ansieht, nicht erreichen. Die Psychiatrieplanung wird sich zukünftig zunehmend mit solchen Konflikten auseinandersetzen müssen. Für die Fragen wissenschaftlicher Fundierung bedeutet dies, Aspekte der Gesundheitsökonomie und Ethik in Planungsprozesse einzuführen, zu erfassen und zu analysieren. Natürlich werden dann damit auch zunehmend Fragen der Kosten-Nutzen-Relation bestimmter Versorgungssysteme zu stellen sein, was letztlich zum Problem der Effektivität und Effizienz und damit der Ergebnisqualität zurückführt.

Fazit

Unsere Ausführungen sind keine systematische Bearbeitung des Themas. Sie sind subjektiv und – auch – aus der persönlichen Verwaltungserfahrung erwachsen. Unsere Einschätzung ist, dass die Frage, ob Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein kann, mit einem vorsichtigen „Ja, unter Umständen“ zu beantworten ist. Wenn die unterschiedlichen Sprachstile, Arbeitsweisen und Ziele berücksichtigt werden, die „Verwaltung“ und „Wissenschaft“ sehr viel stärker trennen, als das gemeinhin bedacht wird, wenn geklärt ist, unter welchen ethischen, ökonomischen und politischen Prämissen geplant wird (vgl. z.B. die Diskussion Utilitarismus versus Gerechtigkeit) und wenn die Ergebnisqualität und die Prinzipien evidenzbasierter Medizin breite Berücksichtigung finden, dann kann eine Versorgungsplanung erfolgen, die nicht nur den Anspruch „wissenschaftlicher Fundierung“ besser erfüllen könnte, sondern die dann – das ist unsere Überzeugung – den Betroffenen, ihren Angehörigen, den Helfern und der Öffentlichkeit besser dient.

Literatur

- 1 Schwendy A. Wen hat die Psychiatrie-Reform vergessen, verdrängt, verschoben...? In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band II. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 29–43
- 2 Schmidt-Zabel R, Kunze H Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Köln: Rheinland-Verlag, 2002
- 3 Becker T. Gemeindepsychiatrie. Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart, New York: Thieme, 1998
- 4 Girolamo G de. Der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Versorgung in Italien. Nervenarzt 2001; 72: 511–514
- 5 Department of Health. National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models. London: Department of Health, 1999
- 6 Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; 3: 3
- 7 Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. Psychol Med 1998; 28: 503–508
- 8 Böcker FM, Jeschke F, Brieger P. Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Services Mapping Schedule“ ESMS. Psychiatr Prax 2001; 28: 393–401

- ⁹ Kunze H. Personenzentrierter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. *Psycho* 1999; 25: 728–735
- ¹⁰ Serfling R, Rothe D, Schilling G. Personenzentrierte Hilfen in der Gemeindepsychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 2003; 74 (suppl 2): S81
- ¹¹ Kirschenbauer H-J, Schrank W. „Erst die Pflicht, dann die Kür“ – Vereinbarung zur außerstationären gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung in Frankfurt am Main. *Psychiat Prax* 2003; 30: 342–344
- ¹² Holzinger A, Angermeyer MC. Aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung im deutschen Sprachraum: Eine Inhaltsanalyse wissenschaftlicher Zeitschriften. *Psychiat Prax* 2003; 30: 424–437
- ¹³ Claasen D, Priebe S. Deutschsprachige Versorgungsforschung – Was und wie wird berichtet? Eine Analyse der Veröffentlichungen in der Psychiatrischen Praxis 1999–2002. *Psychiat Prax* 2003; 30: 414–423
- ¹⁴ Cooper B. Evidence-based mental health policy: a critical appraisal. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 105–113
- ¹⁵ Schrappe M, Lauterbach KW. Evidence-based Medicine: Einführung und Begründung. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hrsg): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer, 2001: 57–66
- ¹⁶ Roessler W. Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? *Nervenarzt* 2003; 74: 552–560
- ¹⁷ Lauterbach KW. Utilitarismus und Kant. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hrsg): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer, 2001: 3–10
- ¹⁸ Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 289–290