

Moderne patientenzentrierte psychiatrische Versorgung: Wie wichtig ist die stationäre Behandlung? Wo steht die Schweiz?

T. Brühlmann, M. Binswanger

In den letzten Jahren ist in der Schweiz in vielen Kantonen ein steigender Aufnahmepressure in psychiatrischen Kliniken zu verzeichnen. Die Aufnahmezahlen sind fast allorts am Zunehmen, Überbelegungen und immer kürzere Aufenthaltszeiten beeinträchtigen die Behandlungsqualität. Brenner, Rössler und Fromm haben diese Situation in ihrem Artikel «Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie?» [1] zu Recht aufgegriffen. Leider plädieren sie allzu einseitig für eine Aufwertung der ambulanten und teilstationären institutionellen Psychiatrie und werfen der Schweiz einen im internationalen Vergleich beträchtlichen Entwicklungsrückstand vor. Die grundsätzlichen Möglichkeiten der stationären Psychiatrie und insbesondere die Eigenheiten der geschichtlichen Entwicklung in der Schweiz werden dabei vernachlässigt. Nachstehend soll der berechnete Anspruch auf Ausbau im ambulanten/halbstationären Bereich nicht hinterfragt, sondern das ausgewogene Gleichgewicht zwischen den verschiedenen institutionellen Angeboten betont werden.

Die Bedeutung von sozialem Umfeld und Spitalbehandlung

Die Autoren unterstreichen die Wichtigkeit des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells in der Psychiatrie, nämlich «dass psychische Erkrankungen sich im biologischen Bereich, im subjektiven Erleben und im sozialen Verhalten manifestieren und über diese drei Ebenen sowie über deren Wechselwirkungen zum Positiven wie zum Negativen beeinflussbar sind» (S. 1783). Auch in der Somatik ist die psychosoziale Perspektive bedeutsam, sie hat aber bezüglich Krankheitsgeschehen sekundären Charakter. In der Psychiatrie ist dies anders: Biologische, psychische und soziale Dimension *sind* in gleicher Weise das Krankheitsgeschehen. Somit hat in der Psychiatrie die Behandlung in allen drei Dimensionen gleichgewichtig einzusetzen.

In der Frage von ambulanter versus stationärer Behandlung gehen die Autoren 50 Jahre zurück, nehmen Bezug auf die Psychiatriereform und schliessen sich unkritisch dem damaligen sozialpsychiatrischen Dogma an, dem «Primat der ambulanten und teilstationären gegenüber der vollstationären psychiatrischen Behandlung» (S. 1779). Der positive therapeutische Effekt eines Wechsels des sozialen Umfeldes durch einen Klinikeintritt wird nicht reflektiert.

Die praktische Erfahrung zeigt, dass bei vielen Patienten durch die Hospitalisation etwas Entscheidendes für den Gesundungsprozess geschieht. Das ist nicht erstaunlich. Psychiatrische Krankheit aktualisiert sich auch in Beziehungsmustern und wird nicht selten durch aktuelle soziale Beziehungen mitgeprägt. Bei solchem Einbezug des sozialen Umfeldes ins Krankheitsgeschehen ist der Klinikeintritt eine direkt eingreifende, oft sehr wichtige Therapiemassnahme. Sie entzieht dem Krankheitsgeschehen den aktuellen sozialen pathoplastischen (nicht pathogenetischen!) Boden und ersetzt ihn durch ein neutrales, therapeutisch reflektierendes und reagierendes Umfeld. Dies mag mit der Ruhigstellung eines verletzten oder entzündeten Gelenkes verglichen werden, wo die belastungsbedingte Pathoplastik unterbrochen wird.

Eine nicht weniger wichtige Perspektive bezieht sich auf die Überlastung der Angehörigen. Für sie ist die Hospitalisierung des Patienten oft hilfreich, ja unabdingbar, um Entlastung und Erholung zu finden. Die Kräftegeneration der Angehörigen verbessert so die Erfolgsaussichten einer späteren ambulanten Weiterbehandlung.

Die Autoren sprechen mit Bezug auf die Psychiatriereform von Ambulantisierung und suggerieren, die beste psychiatrische Behandlung sei im Grunde genommen immer ambulant oder teilstationär. Dies ist so nicht haltbar. Die Frage lautet nicht: Kann wenn immer möglich eine Hospitalisation vermieden und statt dessen eine ambulante oder teilstationäre Behandlung durchgeführt werden? Vielmehr lautet sie: Wie weit ist im einzelnen Fall eine ambulante, eine teilstationäre oder eine stationäre Behandlung

1 Brenner HD, Rössler W, Fromm U. Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(35): 1777-86.

Korrespondenz:
Dr. med. Toni Brühlmann
Hohenegg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Postfach 555
CH-8706 Meilen

E-Mail:
toni.bruehlmann@hohenegg.ch

therapeutisch das Beste, angesichts des individuellen Krankheitsgeschehens?

Die bisher angeführten Argumente nehmen keinen Bezug zur Frage des kostengünstigsten Versorgungsmodells. Die diesbezügliche Diskussion wird seit 10 Jahren kontrovers geführt. Die heutige Datenlage lässt nicht eindeutig beantworten, ob die Gesamtkosten letztlich sinken, wenn weniger stationäre und mehr ambulante/halbstationäre Behandlungen durchgeführt werden. Die Autoren legen dies nahe, ohne es indessen schlüssig zu beweisen.

Gemeindeintegrierte stationäre Behandlung

Brenner, Rössler und Fromm plädieren für «gemeindeintegrierte Akutbehandlung» und «gemeindeintegrierte Rehabilitation» und setzen diese in Gegensatz zur stationären Behandlung. Damit wird suggeriert, stationäre Behandlung erfolge gemeindefern. Mag sein, dass vor 50 Jahren psychiatrische Kliniken unnötig abgegrenzt waren vom familiären und Gemeindeleben. Heute trifft dies nicht mehr zu. Die moderne Klinikbehandlung zeichnet sich durch konsequente Vernetzung mit Familie und Umfeld aus. Viele Patienten verbringen das Wochenende zu Hause. Die meisten pflegen auch während des Klinikaufenthaltes Kontakte zu Angehörigen und Freunden. In der Austrittsphase integrieren sie sich – wo möglich – schrittweise in die Berufswelt. Es gibt Spezialstationen für Rehabilitation, in denen der praktische Aufbau der angemessenen Tagesbeschäftigungen zentrales Behandlungsziel ist. Die in der Schweiz durchschnittlich geringen Distanzen und guten verkehrspolitischen Vernetzungen lassen so gelagerte Wiedereingliederung meistens problemlos zu. Angesichts dieser Sachlage fragt man sich, was die Autoren bewegt, heutzutage noch einen Gegensatz zwischen Gemeindeintegration und Klinikbehandlung auszurufen.

Das von ihnen angeführte Prinzip «Patientenzentrierung statt Institutionszentrierung» bzw. die Verknüpfung von «bedarfsgerecht und patientenzentriert» mit ambulant bzw. halbstationär muss als überholt betrachtet werden. Eine Personenzentrierung bzw. eine bedarfs- und patientenzentrierte Behandlung, d. h. ein Zuschneiden der bio-psycho-sozialen Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten, schliesst selbstverständlich die Klinikbehandlung mit ein. Die Frage lautet darum nicht: Ist eine Bedarfsorientierung und Personenzentrierung und damit zwingend eine Behandlung

ausserhalb der Klinik möglich?, sondern, sie ist wie folgt zu stellen: Welches ambulante, teilstationäre und/oder stationäre Behandlungssetting ist bei Zentrierung auf die individuellen Gegebenheiten eines Patienten optimal?

Ambulant – stationäre Behandlungskette

Die Autoren erwähnen das Prinzip der integrierten Behandlung im Sinne der Überwindung der Trennung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung. Als Ideal wird eine Situation gezeichnet, in welcher der Patient im ambulanten, teilstationären und stationären Setting durch das gleiche Behandlungsteam betreut wird. Selbstredend trifft zu, dass eine solche Versorgungskette Vorteile im Hinblick auf Informations-, Beziehungs- und Behandlungskontinuität aufweist. Häufig lässt sie sich aber im Versorgungsalltag kaum praktisch umsetzen – eine gemeinsame Leitung von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen genügen hierfür nicht. Auch scheinen sich die Autoren v.a. vom Versorgungsideal für chronisch schizophrene Patienten leiten zu lassen. Viele heutige Patienten zeigen andere Störungsbilder und brauchen kein konstantes Behandlungsteam. Sie bevorzugen nicht selten einen Wechsel der Therapeuten und profitieren davon. Manche sich lang dahinziehenden ambulanten Behandlungen büssen an Flexibilität und Schwung ein. Mit dem Entscheid zur Klinikbehandlung und unverbraucht einsteigenden Therapeuten eröffnen sich neue Perspektiven, ergänzende Behandlungsansätze werden initiiert und der Patient findet zurück zu vitalisierenden Hoffnungen, die er anschliessend in die ambulante Weiterbehandlung hineinträgt. Wichtig dabei ist selbstverständlich eine gute Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Behandlern, sowohl bei Eintritt und während des Klinikaufenthaltes als v.a. auch in der Austrittsphase.

Verbesserung von Indikation und Qualität der Klinikbehandlung

Es versteht sich von selbst, dass aktuelle Probleme der Kliniküberlastungen nicht einfach durch eine «kurzfristige Eröffnung neuer Akutbetten» gelöst werden können. Zweifellos braucht es vielfältige weitere Massnahmen, welche in erster Linie eine Optimierung von Indikation und Behandlungsqualität anvisieren. Die Überlastung der Kliniken hat in den letzten

Jahren dazu geführt, dass zu oft mit einer Hospitalisation zugewartet wird, bis eine Notfall-einweisung sich als unumgänglich erweist. Mancherorts ist dies nicht zu vermeiden, weil Patienten fast nur mehr als Notfall Einlass in die Klinik finden. Dort fördert die chronische Überlastung der Mitarbeiter die Tendenz zum ausschliesslichen Case Management und zur Konzentration der Behandlung auf die Psychopharmakotherapie. Der von den Autoren vertretene ganzheitliche Ansatz im Sinne einer «engen Verzahnung der ärztlichen, pflegerischen, psycho-, ergo- und physiotherapeutischen Behandlung und Betreuung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Krisen- und Problemsituationen» (S. 1783) droht dabei zunehmend zu kurz zu kommen. Mangelnde Stabilität in der Patientengruppe und allzu gespannte Stationsatmosphäre bewirken, dass sich Patienten immer weniger in die Behandlung einlassen können. Primäres Ziel wird vor diesem Hintergrund eine möglichst rasche Entlassung. In den letzten Jahren ist leider eine zunehmende Tendenz zu solch unbefriedigenden Kriseninterventionen zu beobachten, die durch folgenden Circulus vitiosus unterhalten werden: Je weniger freie Betten, desto notfallmässiger die Aufnahmen, desto weniger ganzheitlich die stationäre Behandlung, desto rascher die Austritte ... und desto öfter die Wiedereintritte. Hier beginnt nun die sattsam bekannte Gefahr der Drehtürpsychiatrie!

Neben der von den Autoren vorgeschlagenen Verbesserung von ambulanten, teilstationären und in den sozialen Alltag integrierten Behandlungsmöglichkeiten muss der aufgezeigte Circulus vitiosus durchbrochen werden. Erstens gilt es, die Voraussetzungen für sorgfältig erarbeitete Indikationen zur Klinikbehandlung wieder herzustellen. Patienten dürfen nicht nur als Notfälle, sondern sollen auch aufgrund sorgfältiger Indikatoren zur Anmeldung bzw. Aufnahme gelangen. Es ist häufig sinnvoll, ambulante Vorabklärungen im Sinne von Vorgesprächen durchzuführen, in welchen erfahrene Klinikärzte mit den Patienten und anschliessend mit den Zuweisern die Vor- und Nachteile einer Hospitalisierung abwägen können. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat deshalb im Hinblick auf bessere Indikationsstellungen allen Kliniken eine zusätzliche Stelle (einen Triagearzt, meistens ein Oberarzt) bewilligt. Ferner benötigt professionelle Klinikbehandlung genügend Ressourcen für einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, mit integrativem Einbezug von therapeutischer Beziehungsarbeit, Psychotherapie, Angehörigengesprächen, therapeuti-

scher Gestaltung des Zusammenlebens, sozialarbeiterischen Beratungen und Begleitungen, Spezialtherapien wie Ergo- oder andere kreative Therapien. Dies geht nicht im Geheze einer chronisch überlasteten Akutstation mit immer kürzeren Aufenthaltszeiten. Psychiatrische Behandlung braucht einen angemessenen Zeitrahmen. Hier unterscheidet sich die Psychiatrie von der Somatik: Während beispielsweise in der Chirurgie eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltszeiten als verbesserte Behandlungseffizienz verstanden werden darf, ist dies in der Psychiatrie oft eher Ausdruck abnehmender Behandlungsqualität bei Kliniküberlastung, mit der Folge, dass sich die Patienten zuwenig in den Behandlungsprozess einlassen und der ganzheitliche Ansatz nicht mehr praktikierbar ist und schliesslich ein vorzeitiger Behandlungsabbruch droht.

In den Gründungszeiten der Sozialpsychiatrie hatten psychiatrische Kliniken noch mehrheitlich den Charakter von Aufbewahrungsanstalten. Moderne Kliniken entwickelten sich im Gegensatz dazu zu Kompetenzzentren mit zum Teil hochgradigen Spezialisierungen. Diese Entwicklung ist durchaus vergleichbar mit jener in der somatischen Medizin. Komorbid erkrankte Patienten, z.B. mit Borderlinepersönlichkeitsorganisation und mit spezifischen Symptombildungen wie Essstörungen oder Automutilationen, sind auf störungsspezifische Behandlungsprogramme und geschulte interdisziplinäre Behandlungsteams mit langjährigen Erfahrungen angewiesen. Die Erfahrungsdichte, wie sie der tägliche Umgang in solchen Einheiten erlaubt, kann im ambulanten Setting in der Regel nicht erworben werden. Demzufolge würde der Abbau solch differenzierter therapeutischer Angebote, die einer immer grösseren Anzahl von Patienten mit neuen Störungsbildern zugute kommen, einen immensen Verlust für unser Fach bedeuten.

Die spezifische Situation in der Schweiz

Die Autoren beurteilen die aktuelle psychiatrische Versorgungssituation in der Schweiz insgesamt negativ. Es wird von einer Entwicklungsstagnation während des letzten Jahrzehnts (S. 1777) gesprochen oder von einer Begünstigung «völlig kontraproduktiver Rückverlagerung psychiatrischer Leistungen in die Klinik» (S. 1785). Die Autoren fordern ein rasches Umdenken, «soll der Anschluss an die Psychiatriereform in den umliegenden Ländern nicht verloren gehen» (S. 1777). Eine solche einseitige

Entwertung der spezifischen institutionellen Versorgung der Schweizer Psychiatrie erstaunt.

Erwähnung findet in diesem Zusammenhang die überdurchschnittlich hohe psychiatrische Versorgungsdichte in der Schweiz mit mehr als doppelt so vielen niedergelassenen Psychiatern im Vergleich mit dem benachbarten Deutschland und doppelt so vielen Klinikbetten wie in den Nachbarländern. Es ist nun geradezu stossend, dies einfach als Entwicklungsrückstand hinzustellen. Die Schweiz hat eine lange Tradition qualitativ hochstehender psychiatrischer Behandlungen sowie eine ausgeprägte Psychotherapietradition sowohl im ambulanten wie auch im stationären Rahmen. In vielem hat sich diese Tradition bewährt. Sie ist verbunden mit einem sensiblen Bewusstsein von Gesellschaft und Medizin für psychisches Leiden. Die schweizerische, in die Psychiatrie integrierte Gewichtung der psychotherapeutischen Behandlungsdimension ist zeit- und personenintensiv. Es darf als positiv gewertet werden, dass die internationale Biologisierung der Psychiatrie diese helvetische Eigenheit nicht zum Verschwinden gebracht hat. Selbstverständlich gilt: Nicht alles, was gut ist, muss bezahlbar sein. Kann sich die Gesellschaft die heutige Dichte der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz aber nicht mehr leisten, so soll ein Abbau, z.B. eine Reduktion der Klinikbetten, als finanz- und nicht als qualitätsbedingt deklariert werden.

Grenzen wissenschaftlicher Evidenz

Die Autoren beziehen sich auf die «evidenzbasierte psychiatrische Versorgung» und integrieren verschiedene Studienresultate in ihre Argumentation. Der Artikel demonstriert, wie sich Forschungsergebnisse für gesundheitspolitische Zielsetzungen einspannen lassen. Dagegen ist an sich nichts einzuwenden. Widerspruch ist allerdings dann angesagt, wenn implizit der Anspruch mitschwingt, mit ausgewählten Resul-

taten der Versorgungsforschung perspektivenunabhängige Wirklichkeit oder gar absolute Wahrheit in die Diskussion einzubringen. Eine solche Vorgehensweise bedarf der entschlossenen Kritik. Die heutigen empirischen Studien sind *eine* mögliche Methode zur Wirklichkeitserschaffung und behalten ihren Vorrang v.a. in der Forschungswelt selber. Die Welt der Praktiker grenzt sich davon ab. Es wäre wünschenswert, einer Forschungsmethode mehr Gewicht zu geben, welche die Erfahrungen der Praktiker selber verwertet, z. B. in themenzentrierten Diskussionsgruppen.

Schlussfolgerungen

Wir leben heute in einer Zeit, in der immer mehr Menschen seelisch erkranken, den haltgebenden Sinn verlieren und aus dem sozialen Rahmen herausfallen. Oft leiden sie nicht an klassischen psychiatrischen Krankheitsbildern mit Bedarf an sozialpsychiatrischer Betreuung und Behandlung. Sie leiden vielmehr an vielfältigen Formen von Lebenskrisen und brauchen vorübergehend den schützenden stationären Rahmen als Ort, welcher nicht als «Getto für Schwerstkranke» abschreckt, sondern einlädt zur therapeutisch geleiteten Auseinandersetzung mit krankmachenden Lebensbedingungen und mit sich selbst. Hier erhalten sie Mut für einen Neubeginn. Es wäre kurzsichtig, in einer solchen Zeit alte Verteilungskämpfe wieder aufleben zu lassen. Angezeigt ist vielmehr ein solidarisches Bemühen, die Qualität der stationären, halbstationären und ambulanten Behandlungsangebote gleichermaßen fortlaufend zu evaluieren und zu verbessern. Dieses Ziel lässt sich allerdings nicht nur mit Planungszahlen wie Betten-dichte und Distanz der Anfahrtswege erreichen. Gefragt ist in erster Linie ein Versorgungsansatz, der eine professionelle integrierte Behandlung anstrebt und den therapeutischen Besonderheiten und Stärken der einzelnen institutionellen Elemente Rechnung trägt.