

Was bringt der gemeindepsychiatrische Verbund schizophrener erkrankten Menschen?

Hermann Elgeti, Stefan-Maria Bartusch und Peter Bastiaan

38.1 Die Behandlung schizophrener Psychosen als Prüfstein der Psychiatrie-Reform

Patienten mit schizophrenen Psychosen sind seit dem Beginn gemeindepsychiatrischer Reformen nicht nur in Deutschland die hauptsächliche Zielgruppe und der wichtigste Prüfstein aller diesbezüglichen Bemühungen. Der häufig schwere und langfristige Verlauf dieser Erkrankung rechtfertigt diese Fokussierung, auch wenn einige Teilgruppen von Patienten mit anderen psychischen Störungen eine ähnliche Aufmerksamkeit verdienen.

Der gemeindepsychiatrische Verbund versteht sich als ein auf die Lebenswelt bezogenes Netzwerk verschiedener Einrichtungen für die ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung sowie für komplementäre Hilfen im Rahmen sektorisierter Versorgungsstrukturen. Auch wenn es Programme für Patienten mit speziellen Krankheitsbildern, z. B. in der Suchtkrankenversorgung,

gibt, sollte der gemeindepsychiatrische Verbund seine Angebote flexibel dem individuellen Hilfebedarf anpassen, der sich nicht allein aus der klinischen Diagnose bestimmen lässt (Elgeti u. Hartmann 1988; Kauder u. Aktion Psychisch Kranke 1997).

Auch Jahrzehnte nach dem Start gemeindepsychiatrischer Reformen in Deutschland erhalten Patienten mit schizophrenen Psychosen noch zu selten eine angemessene therapeutisch-rehabilitative Unterstützung (Rössler 1998). Wenn geeignete Hilfen für Hochrisikogruppen wohnortnah zur Verfügung stünden, ließe sich in zahlreichen Fällen eine Langzeithospitalisation, die soziale Verelendung oder der Suizid von schizophren erkrankten Personen vermeiden. Entsprechende Behandlungsprogramme haben sich unter dem Begriff „Assertive Community Treatment“ als wirksam im Sinne einer evidenzbasierten Medizin erwiesen (Mueser et al. 1998). Hierbei leisten die zuständigen Mitarbeiter eines multiprofessionellen Teams alle notwendigen psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Hilfen aus einer Hand, im Bedarfsfall langfristig, rund um die Uhr, auch aufsuchend und innerhalb betreuter Wohnformen.

Dieser Standard ist angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen in Deutschland zurzeit kaum umzusetzen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob das Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes als ein Schritt in diese Richtung den betroffenen Menschen auch schon etwas bringt. Wir möchten im Folgenden von einigen Ergebnissen berichten, die wir im Rahmen einer retrospektiven Studie zur Prävention von Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken gesammelt haben (Elgeti et al. 2001).

38.2 Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen in einer Großstadt

In diese Untersuchung wurden alle Personen eines großstädtischen Einzugsgebietes aufgenommen, die innerhalb der zehn Jahre zwischen 1987 und 1996 mindestens ein Mal eine der für diesen Sektor zuständigen institutionsbezogenen psychiatrischen Hilfen in Anspruch genommen hatten. Um die Untersuchungsgruppe auf chronisch psychisch Kranke aus dem Einzugsgebiet mit allgemeinspsychiatrischer Erstdiagnose zu beschränken, wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Die Dauer zwischen dem ersten und dem letzten Kontakt musste mindestens zwei Jahre betragen, bei Erstkontakt wurde ein Alter zwischen 18 und 59 Jahren und eine Hauptdiagnose aus den Abschnitten F2 bis F6 nach ICD-10 gefordert. Weiterhin galt die Bedingung, dass zum Ende mindestens eines Berichtsjahres im Untersuchungszeitraum der Wohnsitz des Patienten im Einzugsgebiet lag. Die Einwohnerzahl dieses Gebietes hat seit den 70er Jahren um durchschnittlich etwa 700 pro Jahr abgenommen, sie betrug 1991, zur Mitte des Untersuchungszeitraums, 67 800.

Diese Darstellung beschränkt sich auf die Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Ab-

schnitt F2 nach ICD-10, in der die einzelnen Unterformen der Schizophrenie und andere psychotische Störungen unter Ausschluss affektiver und psychoorganischer Psychosen zusammengefasst sind. Eine genaue Abgrenzung zwischen den einzelnen Störungsbildern der Diagnosegruppe F2 ist im Längsschnitt über viele Jahre unter den Bedingungen des gemeindepsychiatrischen Versorgungsalltags im Einzelfall schwierig. In den zuständigen Sektor-Einrichtungen machten Patienten mit einer F2-Hauptdiagnose 1991 einen Anteil von 44 % aus (Schizophrenien: 32 %), in der Klinik waren es 31 % (Schizophrenien: 26 %) (Hartmann u. Hennies 1991). Die Gesamtgruppe der chronisch psychisch Kranken unserer Untersuchungsgruppe umfasste 313 Personen, darunter 68 % mit einer F2-Hauptdiagnose. Umgerechnet auf ein Gebiet von 100 000 Einwohnern sind das 462 chronisch psychisch Kranke, von denen 314 an schizophrenen oder wahnhaften Psychosen leiden.

Im Einzugsgebiet existiert seit Mitte der 70er Jahre ein gemeindepsychiatrischer Verbund mit einem breiten Leistungsspektrum und einer guten Vernetzung zwischen Klinik, Ambulanz und den komplementären Hilfen zur Eingliederung seelisch Behinderter im Wohn- und Arbeitsbereich. Eine Besonderheit ist das Leistungsspektrum des ambulant aufsuchenden Dienstes, der Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 Abs. 2 SGB V (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001) und diejenigen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes nach § 4 NPsychKG (1997) in einem Team integriert. Die verschiedenen Angebote konzentrieren sich in unterschiedlichem Ausmaß auf Patienten mit Wohnsitz im Sektor, sind aber alle für dieses Einzugsgebiet seit Beginn der Sektorisierung im Rahmen einer Versorgungsverpflichtung zuständig (s. Tab. 38-1). In Bezug auf die Personalausstattung werden in der Klinik die Vorgaben der Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) erfüllt; in der Poliklinik erhalten die Mitarbeiter für die langfristige Einzelbetreuung jedes Bezugspatienten ein Zeitbudget von 30 Minuten pro Woche.

In der Untersuchungsgruppe dominieren die Patienten mit Schizophrenien und wahnhaften

Störungen nicht nur zahlenmäßig. Sie werden im Durchschnitt pro Jahr länger hospitalisiert und stellen 88 % der zwischen 1987 und 1996 langzeithospitalisierten Patienten (s. Tab. 38-2). Eine solche Langzeithospitalisation wurde dann angenommen, wenn der Patient in dieser Periode in ein Alten- bzw. Pflegeheim vermittelt wurde oder innerhalb eines 2-Jahres-Zeitraums mindestens 365 Tage in der Klinik bzw. vier Quartale in einem Wohnheim betreut wurde. Das sonst deutliche Übergewicht weiblicher Patienten ist bei ihnen nur geringfügig ausgeprägt.

Wir haben in unserer Studie den Einsatz eines multidimensionalen Scores erprobt, der sich als geeignet erwies, bereits zum Zeitpunkt des Erstkontaktes das Risiko der Patienten, im weiteren Verlauf langzeithospitalisiert zu werden, zu erfassen (s. Kap. 41 in diesem Band). Dieser Score umfasst jeweils drei Merkmale zur Schwere und Chronizität der psychischen Störung (psychiatrische Hauptdiagnose, Alter bei Ersterkrankung, Dauer seit Ersterkrankung) und zum Ausmaß der sozialen Desintegration (Wohn- und Arbeitssituation, vorrangiger Lebensunterhalt). Bei den einzelnen Indikatoren zeigen Merkmalsausprägungen zwischen 1 und 4 ein ansteigendes psychosoziales Risiko an. Patienten mit F2-Diagnosen weisen anhand dieses Scores bei ihrem Erstkontakt ein gegenüber den anderen

chronisch psychisch Kranken überdurchschnittliches psychosoziales Risiko auf.

38.3 Die Bedeutung langer Zeiträume für die Wirksamkeit der Hilfen

Um den Nutzen des gemeindepsychiatrischen Verbundes für Patienten mit schizophrenen und wahnhaften Psychosen zu ermessen, ist ein Zeitraum von zehn Jahren eigentlich zu kurz. Von den 213 Personen mit dieser Diagnose aus unserer Untersuchungsgruppe lag das Jahr der Ersterkrankung bei nur 24 % zwischen 1987 und 1994 (s. Tab. 38-3). Aufgrund des Kriteriums einer mindestens zweijährigen Dauer der Erkrankung wurden 1995 und 1996 keine neuen Patienten in die Untersuchung aufgenommen. Bei 33 % lag der Erkrankungsbeginn zwischen 1977 und 1986, bei 31 % zwischen 1967 und 1976, bei immerhin 12 % gar vor 1967. Dabei zeigen die vor 1987 erkrankten Patienten ein deutlich höheres psychosoziales Risiko zum Zeitpunkt ihres Erstkontaktes in einer der untersuchten Einrichtungen.

Tab. 38-1: Inanspruchnahme institutionsbezogener psychiatrischer Hilfsangebote mit Zuständigkeit für das Einzugsgebiet der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) 1991 (Einwohner: 67800)

	Anzahl an Plätzen zur Behandlung bzw. Betreuung	Anzahl behandelter bzw. betreuter Patienten pro Jahr	Wohnsitz im Einzugs- gebiet (Pat. pro 100000 Einwohner)
Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH	212 Behandlungen/ Quartal (ohne Notfälle)	332 (ohne Notfälle)	87 % (426)
Psychiatrische Klinik der MHH	117 auf den Stationen, 20 in der Tagesklinik	832 (voll- und teilstationär)	31 % (380)
Verein zur Förderung seelisch Behinderter	105 in 2 Wohnheimen, 120 in Werkstatt (WfB)	137 (Wohnheime)/ 158 (Werkstatt)	jeweils 11 % (22 bzw. 25)

Tab. 38-2: Einige Merkmale der Basis- und Leistungsdokumentation der Gruppe chronisch psychisch kranker Patienten mit allgemeinspsychiatrischer Erstdiagnose nach ICD-10 (Untersuchungszeitraum: 1987 bis 1996)

		Diagnose F2	Diagnosen F3 bis F6
Anzahl der Patienten (313 = 100 %)		213 (68 %)	100 (32 %)
Anteil der Frauen (193 = 62 %)		56 %	74 %
Wohnsitz im Sektor bei Erstkontakt (259 = 83 %)		80 %	89 %
psychosoziales Risiko bei Erstkontakt	1 = gering (51 = 16 %)	10 %	30 %
	2 = mäßig (134 = 43 %)	43 %	42 %
	3 = deutlich (120 = 38 %)	44 %	27 %
	4 = hoch (8 = 3 %)	3 %	1 %
	Durchschnittswert (2,3)	2,4	2,0
durchschnittliche poliklinische Behandlungsintensität (im Berichtsjahr)	behandelte Patienten (144 = 46 %)	47 %	44 %
	ein Quartal (15 %)	13 %	18 %
	zwei Quartale (10 %)	9 %	11 %
	drei Quartale (14 %)	13 %	16 %
	vier Quartale (61 %)	64 %	55 %
	durchschnittliche Anzahl der Quartale/Jahr (3,2)	3,3	3,1
durchschnittliche jährliche Hospitalisationsdauer im Untersuchungszeitraum	ohne Hospitalisation (63 = 20 %)	15 %	31 %
	unter 10 Tagen/Jahr (56 = 18 %)	16 %	23 %
	10–30 Tage/Jahr (60 = 19 %)	17 %	24 %
	über 30 Tage/Jahr (66 = 21 %)	24 %	14 %
	Langzeithospitalisation (68 = 22 %)	28 %	8 %

Es kann heutzutage als unbestritten gelten, dass der Verlauf einer schizophrenen Psychose günstig beeinflusst werden kann, wenn die erforderlichen therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen möglichst früh nach dem Ausbruch der Erkrankung zum Einsatz kommen. Für die entsprechenden Patienten unserer Studie lag die Dauer zwischen ihrer Ersterkrankung und dem

Erstkontakt in einer der untersuchten Einrichtungen durchschnittlich bei 5,5 Jahren, mit Werten von 16,9 Jahren bei Ersterkrankung vor 1967 und 0,6 Jahren während der Zeitraums 1987 bis 1994. Der Zuzug von chronisch und schwer gestörten Psychose-Kranken aus anderen Regionen in das Einzugsgebiet hat im Laufe der 80er Jahre deutlich abgenommen. Diese Daten können so inter-

Tab. 38-3: Merkmale der Basis- und Leistungsdokumentation chronisch psychisch kranker Patienten mit Schizophrenien und wahnhaften Störungen (F2 nach ICD-10) nach dem Jahr ihrer Ersterkrankung (Untersuchungszeitraum: 1987 bis 1996)

	Jahr der Ersterkrankung der Patienten			
	vor 1967	1967–1976	1977–1986	1987–1994
Patientenzahl (213 = 100 %)	26 = 12 %	65 = 31 %	70 = 33 %	52 = 24 %
Ersterkrankungen pro Jahr und 100000 Einwohner	?	8,1	9,3	9,6
Dauer Ersterkrankung bis Erstkontakt (in Jahren)	16,9	7,4	3,1	0,6
psychosoziales Risiko bei Erstkontakt (Range: 1–4)	2,9	2,4	2,5	2,0
Wohnsitz bei Erstkontakt im Einzugsgebiet	23 %	20 %	30 %	4 %
poliklinisch behandelte Patienten/Jahr	48 %	58 %	45 %	68 %
Kontinuität poliklinischer Behandlungen (Quartale/Jahr)	3,3	3,1	2,9	2,9
klinisch behandelte Patienten/Jahr	33 %	30 %	31 %	52 %
Dauer klinischer Behandlungen/Jahr (in Tagen)	86	75	83	85
Patienten mit Langzeithospitalisation 1987–1996	35 %	31 %	33 %	15 %
Weiterbetreuung 1997 über Ende 1996 hinaus	46 %	51 %	49 %	54 %

pretiert werden, dass mit der Etablierung des gemeindepsychiatrischen Verbundes im Einzugsgebiet und zeitverzögert auch in anderen Regionen neu erkrankte Patienten eher wohnortnahe psychiatrische Hilfen in Anspruch nehmen.

38.4 Kontinuierliche Hilfeleistung für die Hochrisikogruppen als Wirkfaktor

Ein leicht erreichbares Hilfsangebot mit breitem Leistungsspektrum und ausgefeilten Behandlungsprogrammen bringt den schizophren erkrankten Menschen wenig, wenn sie dort nur kurzfristig (in Krisen) oder gar nicht betreut werden. Nach unseren Ergebnissen erkrankten im untersuchten Einzugsgebiet, umgerechnet auf die

einrichtungsübergreifende Inanspruchnahmepopulation in einer Region von 100 000 Einwohnern, pro Jahr durchschnittlich knapp zehn Patienten erstmals an einer schizophrenen oder wahnhaften Psychose. In einer internationalen Studie wurde für die weite Diagnose-Definition schizophrener Erkrankungen eine Inzidenz von 13 Personen pro 100 000 Einwohner, für eine enge Definition eine Inzidenz von elf Personen ermittelt (Häfner 1995). Nach diesen Zahlen dürfte der wesentliche Anteil der im Einzugsgebiet an einer Schizophrenie neu erkrankten Personen der Untersuchungsgruppe angehören.

Die in unserer Studie erhobenen Daten erlauben auch eine Antwort auf die Frage, wie kontinuierlich die Patienten während des Untersuchungszeitraums behandelt wurden und wer von ihnen aus welchen Gründen im Verlauf aus der Betreuung ausgeschieden ist (s. Tab. 38-4). Danach wurde die Hälfte aller Patienten mit einer F2-Hauptdiagnose nach Ende des 10-Jahres-

Zeitraums 1996 im Folgejahr innerhalb des Verbundes weiter betreut. Es sind Personen mit einem relativ höheren psychosozialen Risiko, die schon während der Jahre 1987 bis 1996 zu einem hohen Anteil und auch kontinuierlich poliklinisch behandelt worden waren. Der Anteil von Weiterbetreuungen bei den chronisch psychisch kranken Patienten mit anderen Diagnosen betrug übrigens lediglich 38 %.

Bei 37% der Patienten wurde die Betreuung im gemeindepsychiatrischen Verbund – bei weiterhin selbstständiger Wohnform der Patienten – beendet, wobei unterschiedliche Gründe infrage kamen: Umzug in einen anderen Sektor, Weiterbehandlung durch Kassenärzte bzw. Psychotherapeuten oder auch Abbruch der Behandlung. 10% der Patienten schieden aus, weil sie außerhalb der Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes langfristig hospitalisiert wurden, überwiegend in psychiatrischen Pflegeheimen, aber in Einzelfällen auch in einem Altenheim, einem auswärtigen Wohnheim und im Justizvollzug. Vier Patienten verstarben während der Betreuung durch Suizid, drei weitere aufgrund anderer Ursachen.

Die aufgeführten Zahlen zeigen, dass Patienten, die bei Beendigung der Behandlung eigenständig wohnen, bereits bei ihrem Erstkontakt die relativ günstigsten Werte beim psychosozialen Risikoscore aufweisen und während des Untersuchungszeitraums eine vergleichsweise geringe poliklinische Behandlungsintensität benötigen. Auf der anderen Seite weisen die beiden anzahlmäßig kleinen Patientengruppen mit einem ungünstigen Ausgang schon beim Erstkontakt ein besonders hohes Risiko auf; sie waren auch durchschnittlich älter und stammten relativ häufig aus anderen Regionen. Während des Untersuchungszeitraums wurden sie überdurchschnittlich lange klinisch behandelt, häufig auch langzeithospitalisiert.

38.5 Der Umfang des stationären Versorgungsbedarfs als Erfolgskriterium der Hilfen

Die hier in aller Kürze präsentierten Daten erlauben eine vorläufige Antwort auf die eingangs gestellte Frage, welchen Nutzen der gemeindepsychiatrische Verbund für schizophrene erkrankte Menschen hat. Er ermöglicht ihnen eine gegebenenfalls jahrzehntelange Behandlung und Betreuung im gewohnten Lebensumfeld. Mit zunehmender Dauer der Erkrankung konzentriert sich die Behandlung immer stärker auf Patienten mit einem überdurchschnittlich hohen psychosozialen Risiko. Bei den anderen wird die Behandlung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten weitergeführt, einvernehmlich beendet oder vom Patienten abgebrochen. Diese Konzentration auf die besonders gefährdeten Hochrisikogruppen trägt offensichtlich dazu bei, dass für chronisch psychisch kranke Patienten aus dem Einzugsgebiet nur relativ wenig Klinik- und Heimplätze erforderlich sind. Im Untersuchungszeitraum belegte diese Gruppe, bezogen auf 100 000 Einwohner, 30 der insgesamt nur 50 für das Einzugsgebiet erforderlichen teil- und vollstationären Klinikplätze. Das sind, verglichen mit dem Bundesdurchschnitt, für großstädtische Verdichtungsräume sehr niedrige Werte; dort waren es nämlich 81 Klinikplätze pro 100 000 Einwohner für den entsprechenden Geltungsbereich der PsychPV ohne Kinder-Jugend-Psychiatrie im Jahre 1995 (Kunze et al. 1998).

Für Patienten unter 60 Jahren der Untersuchungsgruppe waren darüber hinaus 40 Heimplätze pro 100 000 Einwohner erforderlich, wobei etwas mehr als die Hälfte eine Intensivbetreuung benötigte. Da hier das Angebot der therapeutischen Wohnheime nicht ausreichte und eine „Ward in a House“ im Verbund nicht zur Verfügung stand, mussten diese Patienten in ein psychiatrisches Pflegeheim oder ein allgemeines Altenheim vermittelt werden (s. Kap. 42 in die-

Tab. 38-4: Merkmale der Basis- und Leistungsdokumentation chronisch psychisch kranker Patienten mit Schizophrenien und wahnhaften Störungen (F2 nach ICD-10) in Bezug auf den Grund des Ausgangs aus der Untersuchungsgruppe (Untersuchungszeitraum: 1987–1996)

	Ausgang aus der Untersuchungsgruppe wegen			Weiterbetreuung in 1997 über das Ende des Untersuchungszeitraums hinaus
	Beendigung der Behandlung bei selbstständiger Wohnform	langfristige Hospitalisation außerhalb des Verbundes	Tod durch Suizid oder andere Ursachen	
Patientenanzahl (213 = 100 %)	78 = 37 %	21 = 10 %	7 = 3 %	107 = 50 %
Anteil der Frauen	56 %	57 %	57 %	56 %
durchschnittliches Alter bei Ersterkrankung	31 Jahre	29 Jahre	29 Jahre	29 Jahre
durchschnittliche Dauer zwischen Ersterkrankung und Erstkontakt	4,7 Jahre	7,7 Jahre	7,3 Jahre	5,5 Jahre
durchschnittliches Alter 1991	42 Jahre	50 Jahre	45 Jahre	41 Jahre
durchschnittliches psychosoziales Risiko bei Erstkontakt	2,2	2,8	2,9	2,5
Wohnsitz bei Erstkontakt im Sektor	87 %	76 %	71 %	77 %
poliklinisch behandelte Patienten/Jahr	39 %	34 %	48 %	71 %
Kontinuität poliklinischer Behandlungen/Jahr (Quartale)	2,6	3,2	2,4	3,2
klinisch behandelte Patienten/Jahr	27 %	50 %	36 %	40 %
Dauer der klinischen Behandlungen/Jahr (in Tagen)	78	122	94	74
langzeithospitalisierte Patienten in den Jahren 1987 bis 1996	15 %	90 %	43 %	24 %

sem Band). Angesichts der diesbezüglich verfügbaren Daten aus den verschiedenen Bundesländern (Rössler u. Salize 1996) und England (Becker 1998) sind auch dies bemerkenswert niedrige Werte. Erst nach Ende des Untersuchungszeitraums kamen im Einzugsgebiet soziale Eingliederungshilfen des ambulant betreuten Wohnens und der Tagesstättenbetreuung in Gang. Ob sie zu einer weiteren Reduktion des stationären Versorgungsbedarfs führen, muss abgewartet werden.

38.6 Folgen einer wirksamen Arbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund

Es hat gerade bei psychisch Kranken immer etwas Willkürliches und Abstraktes, wenn man versucht, die jeweils individuellen und besonderen Lebensgeschichten, Leidenszustände und Behandlungsverläufe nach bestimmten Kriterien in Gruppen zusammenzufassen. Und doch benötigen wir nicht nur die Richtlinien der klinischen Diagnostik und Klassifikation, um für den einzelnen Patienten die richtige Therapie zu finden. Wir brauchen auch für die gemeindepsychiatrischen Hilfsangebote bestimmte Standards. Sie sollen dazu beitragen, möglichst vielen der besonders schwer beeinträchtigten psychisch Kranken eine Langzeithospitalisation zu ersparen und sie bei der Bewahrung einer möglichst unbeeinträchtigten Lebensqualität zu unterstützen.

Unsere Untersuchung belegt, dass in einem gemeindepsychiatrisch gut entwickelten und langfristig stabilen Versorgungssystem nur noch wenige Patienten in Kliniken oder Heimen langzeithospitalisiert werden müssen. Sie können im Einzugsgebiet wohnen bleiben, müssen aber oft kontinuierlich betreut werden und benötigen gelegentlich auch eine Behandlung in der Klinik. Auf den Stationen erhöht sich dadurch der Anteil besonders schwer beeinträchtigter chronisch psychisch Kranker.

Aber auch in der Poliklinik nimmt die Anzahl der Patienten mit vergleichsweise höherem Risiko im Laufe der Jahre zu. Solange die Personalressourcen begrenzt sind und denjenigen Patienten Vorrang eingeräumt wird, welche die Hilfe am dringendsten benötigen, werden die anderen Patienten konsequenterweise verstärkt an niedergelassene Fachärzte und andere Anbieter psychosozialer Hilfen weitervermittelt. Dadurch steigt fortlaufend der Anteil der Patienten, deren ambulante Behandlung besonders schwierig und aufwändig ist. Neue Herausforderungen kommen auf erfolgreich arbeitende gemeindepsychiatrische Verbundsysteme zu, wenn die verbliebenen Selbsthilfekräfte bei den Patienten der Hochrisikogruppen im Alter früher als sonst abnehmen.

Alle diese Trends stellen erhöhte Anforderungen an die Personal- und Organisationsentwicklung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen, wenn diese sich nicht von den besonders schwer gestörten Patienten abwenden wollen. Wichtig ist nach unseren Erfahrungen die Unterstützung einer möglichst eigenverantwortlichen Tätigkeit der Mitarbeiter bei enger Zusammenarbeit im Team. Ohne eine bedarfsgerechte Finanzierung der Hilfen lassen sich schließlich die anspruchsvollen und zunehmend schwierigen Aufgaben dieser Dienste nicht erfüllen.

Literatur

- Becker T. Gemeindepsychiatrie – Entwicklungsstand in England und Perspektiven für Deutschland. Stuttgart: Thieme 1998.
- Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P. Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Sozialpsychiatrische Informationen 2001; 21(Sonderheft): 51–8.
- Elgeti H, Hartmann U. Soziale Ausgrenzung, psychiatrische Diagnose und Behandlungsform – empirische Untersuchungen bei Patienten eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Fundamenta Psychiatrica 1988; 4: 297–301.
- Häfner H. Was ist Schizophrenie? Stuttgart: G. Fischer 1995.

- Hartmann U, Hennies M. Jahresbericht 1991 der Psychiatrischen Abteilungen der Medizinischen Hochschule Hannover (o. J.).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bekanntmachung der Vereinbarung gemäß § 118 Absatz 2 SGB V. Dt Ärztebl 2001; 98: 474-5.
- Kauder V, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Personen-zentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1997.
- Kunze H, Pohl J, Krüger U. Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Bd. 99. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1998.
- Mueser K, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophr Bull 1998; 24: 37-74.
- Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997. Nds. GVBl. 1997; 12: 272-9.
- Rössler W, Salize HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 77. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1996.
- Rössler W. Schizophrene Psychosen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg). Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel 1998; 213-8.