

Der regionale und bevölkerungsbezogene Ansatz in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsplanung

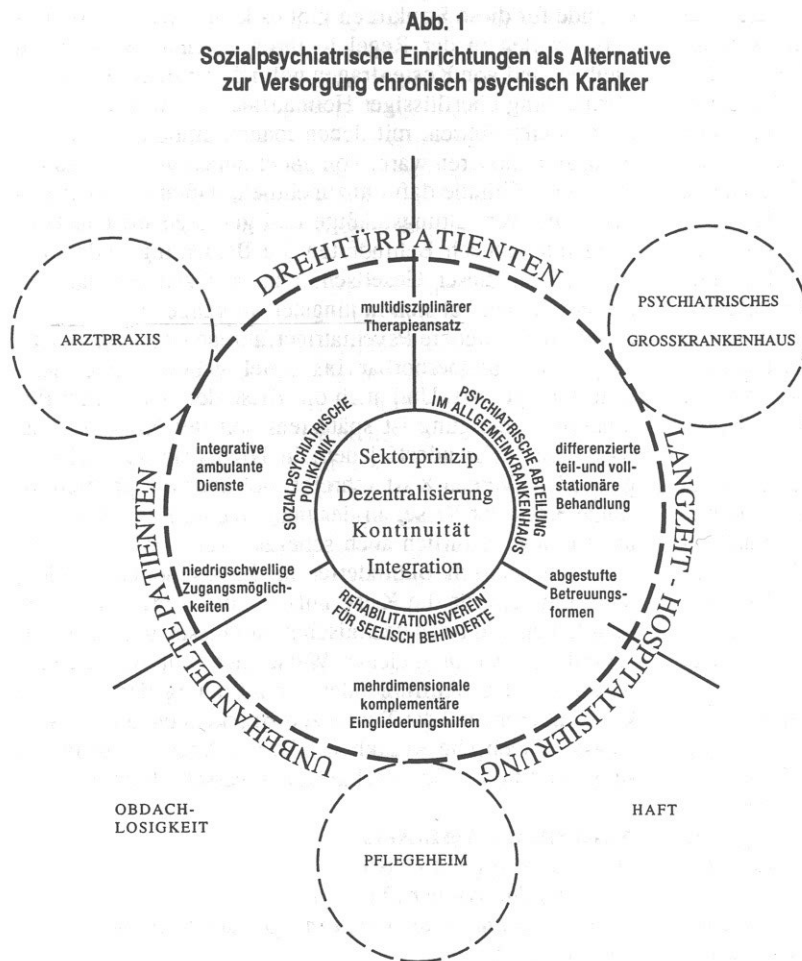
Hermann Elgeti

Sozialpsychiatrie ist Kampf gegen Verleugnung und Ausgrenzung psychisch Kranker in der Gesellschaft

Die Versorgungsbedingungen chronisch psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland waren vor Beginn der reformpsychiatrischen Bemühungen durch eine hohe Anzahl langzeithospitalisierter und unbehandelter Patienten gekennzeichnet. Psychiatrische Großkrankenhäuser und Pflegeheime übernahmen die Verwahrung all jener durch psychische Auffälligkeiten störender Mitbürger, die in ihrer Lebenswelt nicht genügend soziale Unterstützung und Toleranz erhalten konnten, mit deren Problemen die niedergelassenen Haus- und Nervenärzte überfordert waren. Nach Einführung wirksamer medikamentöser Behandlungsverfahren im stationären Bereich entstand seit den 60er Jahren dann noch eine weitere Problemgruppe, die sog. Drehtürpatienten, die nach Entlassung aus der Klinik keine ausreichende Nachsorge erhielten und so bald wieder und häufig gegen ihren Willen in die Klinik zurückgebracht wurden. Die mit Massenarbeitslosigkeit und Wohnungsnot einhergehenden gesellschaftlichen Erosionser-

scheinungen der letzten Jahre lassen zudem einen größer werdenden Teil von psychisch schwer beeinträchtigten Mitbürgern in der Obdachlosigkeit und den Haftanstalten verschwinden.

Die sozialpsychiatrischen Behandlungsansätze bemühen sich durch Konzentration auf die psychisch besonders beeinträchtigten und sozial benachteiligten Risikogruppen um eine Verminderung der Zahl von Langzeithospitalisierungen und unbehandelten Patienten. Durch differenzierte stationäre Behandlungskonzepte und integrativ arbeitende ambulante Dienste bemühen sie sich um eine Verlangsamung der „Drehtür“. Komplementäre Eingliederungshilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeitgestaltung und psychiatrische Pflege dienen der Emanzipation und Integration seelisch Behinderter in unserer Gesellschaft. Damit die Hilfsbedürftigsten unter ihnen nicht zu kurz kommen, gehört die regionale Versorgungsverpflichtung sozialpsychiatrischer Einrichtungen und ihre möglichst dezentrale, wohnortnahe Platzierung mit niedrighem Zugangsweg zu den reformpsychiatrischen Grundforderungen, die jedoch nur gegen erhebliche Widerstände durchsetzbar sind (Abb. 1). Die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête von 1975 definierten zu diesem Zweck Standardversorgungsgebiete mit einem Umfang von 250.000-350.000 Einwohnern. Diese waren mit Rücksicht auf die Existenz der großen psychiatrischen Anstalten zustande gekommen und erwiesen sich für erfolgversprechende therapeutisch-rehabilitative Bemühungen als zu groß. Folgerichtig einigte sich die Expertenkommission der Bundesregierung in ihren Empfehlungen von 1988 auf sehr viel kleinere Planungseinheiten, die sich an den kommunalpolitischen Grenzen orientieren sollten, um so die politische Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch kranken Mitbürger zu betonen. Praktikable Vorschläge zur gemeindepsychiatrischen Planung und Koordination bei Kommunen unter 50.000 und über 150.000 Einwohnern konnte die Expertenkommission jedoch nicht machen.



Erst eine Integration differenzierter Behandlungsansätze in der Region ermöglicht eine angemessene Therapie und Rehabilitation psychiatrischer Risikogruppen

Die Forderungen nach möglichst wohnortnahen Versorgungsangeboten und nach fachkompetenter wie wirtschaftlich erbrachter Dienstleistung münden in ein abgestuftes Konzept differenzierter Versor-

gungsfunktionen im stationären, ambulanten und komplexen Versorgungsgebiet. Dabei empfiehlt sich mit Rücksicht auf die politischen Gliederungen die Definition von drei Ebenen innerhalb einer Vollversorgungsregion (Abb. 2).

- Der Sektor entspricht von seinem Umfang den Planungseinheiten der Expertenkommission und verwirklicht das Prinzip der Wohnortnähe mit ambulanter Schwerpunktsetzung in enger Kooperation mit den stationären und komplementären Regeleinrichtungen.
- In städtischen Verdichtungsräumen und für spezialisierte Dienstleistungen wird ein mittlerer Versorgungsbereich gemeindepsychiatrischer Koordination und Planung notwendig, der 300.000-500.000 Einwohner umfaßt, als regionaler Großraum evtl. auch eine doppelte Größe haben kann.
- Hochspezialisierte und nur für einen kleinen Teil der psychisch Kranken vorzuhaltende Einrichtungen werden zentral für die gesamte Versorgungsregion vorgehalten. Das Einzugsgebiet soll nicht mehr als 3 Millionen Einwohner umfassen, eine Abschiebung unerwünschter und unversorgter Patientengruppen in andere Versorgungsregionen müßte von den staatlichen Aufsichtsbehörden untersagt werden.

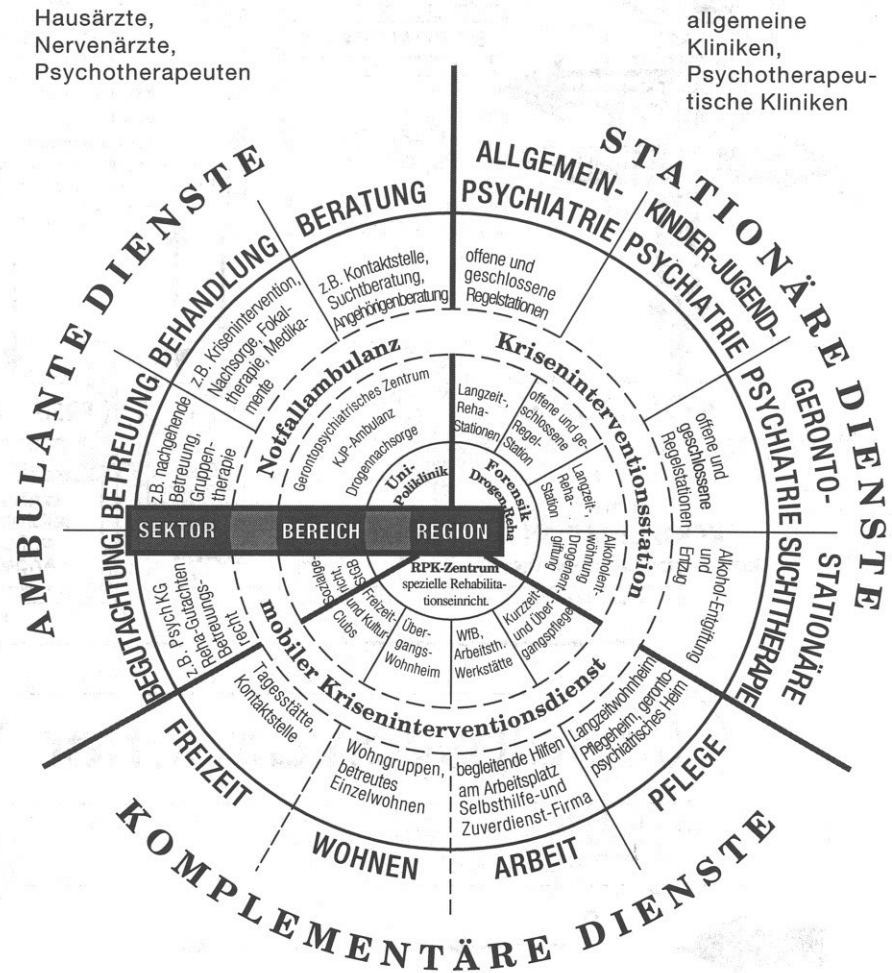
Die Funktionsdifferenzierung im stationären Bereich folgt den in der Versorgungspraxis üblich gewordenen Subdisziplinen: Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und stationäre Suchttherapie. Eine „innere Sektorisierung“ psychiatrischer Großkrankenhäuser für die Regelsektionen der einzelnen Teilgebiete kann ein erster Schritt zur wohnortnahen Platzierung in Form psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sein. Für die ambulanten Dienste sollten die Funktionen einer Institutsambulanz und eines sozialpsychiatrischen Dienstes mit den verschiedenen Begutachtungs-, Betreuungs- und Behandlungsfunktionen gemäß der Empfehlungen der Expertenkommission zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund integriert werden. Ebenfalls auf Sektorebene ist eine Suchtberatungsstelle in die Versorgungsverpflichtung einschließlich nachgehender Betreuung deprivierter Alkoholiker einzubeziehen. Auf der mittleren Ebene müssen sich vielerorts erst noch

spezialisierte Einrichtungen etablieren: ein gerontopsychiatrisches Zentrum, eine Ambulanz der Kinder und Jugendpsychiatrie, ambulante Drogennachsorge.

Das Land Niedersachsen hat gegenüber anderen Bundesländern in der Umsetzung gemeindepsychiatrischer Perspektiven einen besonderen Nachholbedarf und sieht sich durch die Weiträumigkeit des Landes bei stellenweise sehr geringer Bevölkerungsdichte mit besonderen Problemen bei der Verwirklichung einer wohnortnahen Psychiatrie konfrontiert. Die vom Sozialminister 1990 nach Bildung der rot-grünen Koalition eingesetzte Fachkommission Psychiatrie hat in ihrem Ende 1992 veröffentlichten Bericht konkrete Empfehlungen für die landesweite Umsetzung sozialpsychiatrischer Behandlungsansätze ge-

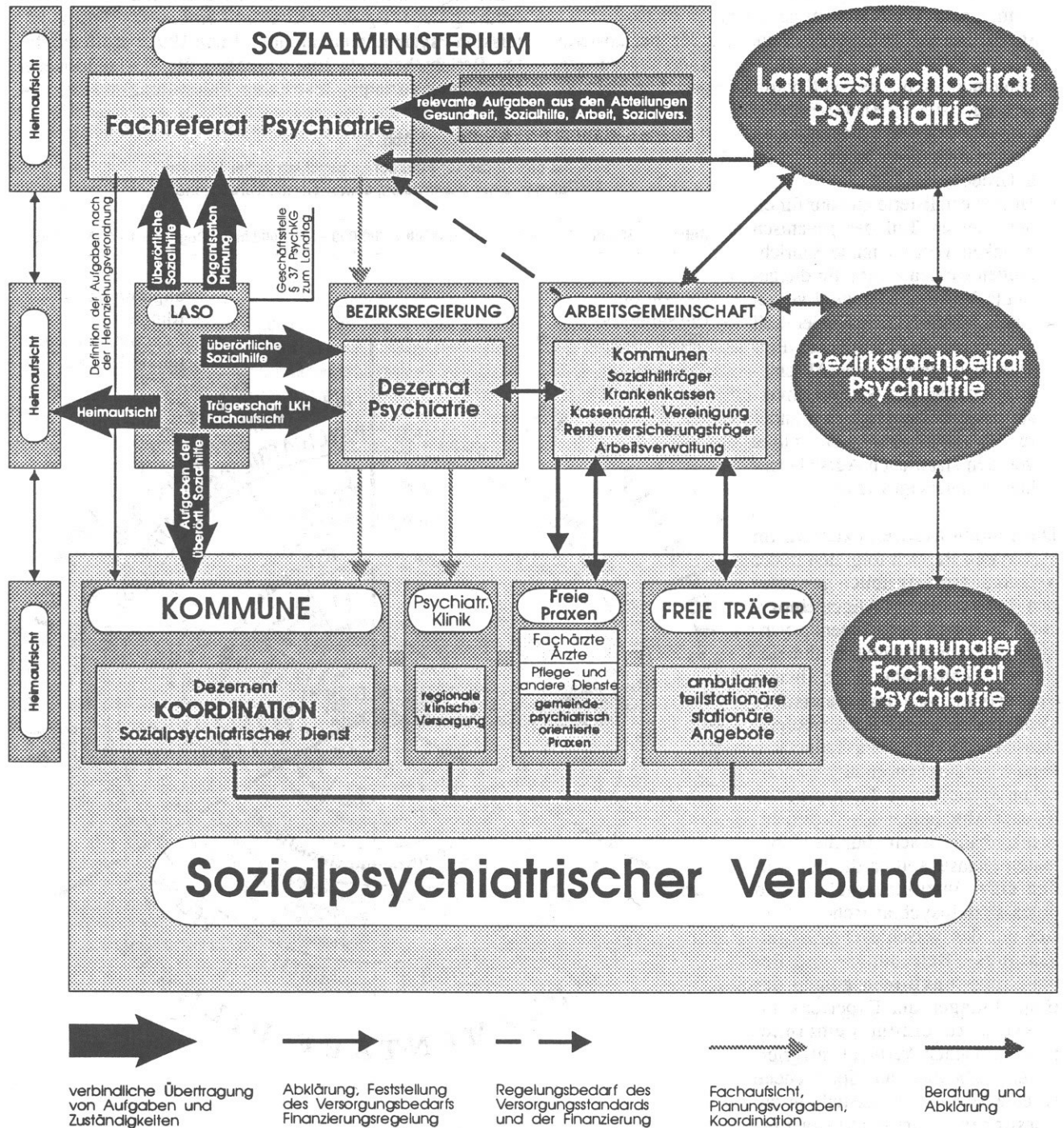
Abb. 2
Schema differenzierter Funktionen psychiatrischer Dienste im Rahmen einer dezentralen, sektoriserten Versorgung

Sektor = 50.000 - 150.000 Einw.	Bereich = 300.000 - 500.000 Einw.	Region = 1 - 3 Mill. Einw.
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------



Kommunale Sozialarbeit
ambulante Pflege
Alten- und Pflegeheime
allgemeiner Arbeitsmarkt
Freizeit- und Bildungsangebote

Organisationsmodell für eine Neuorientierung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen



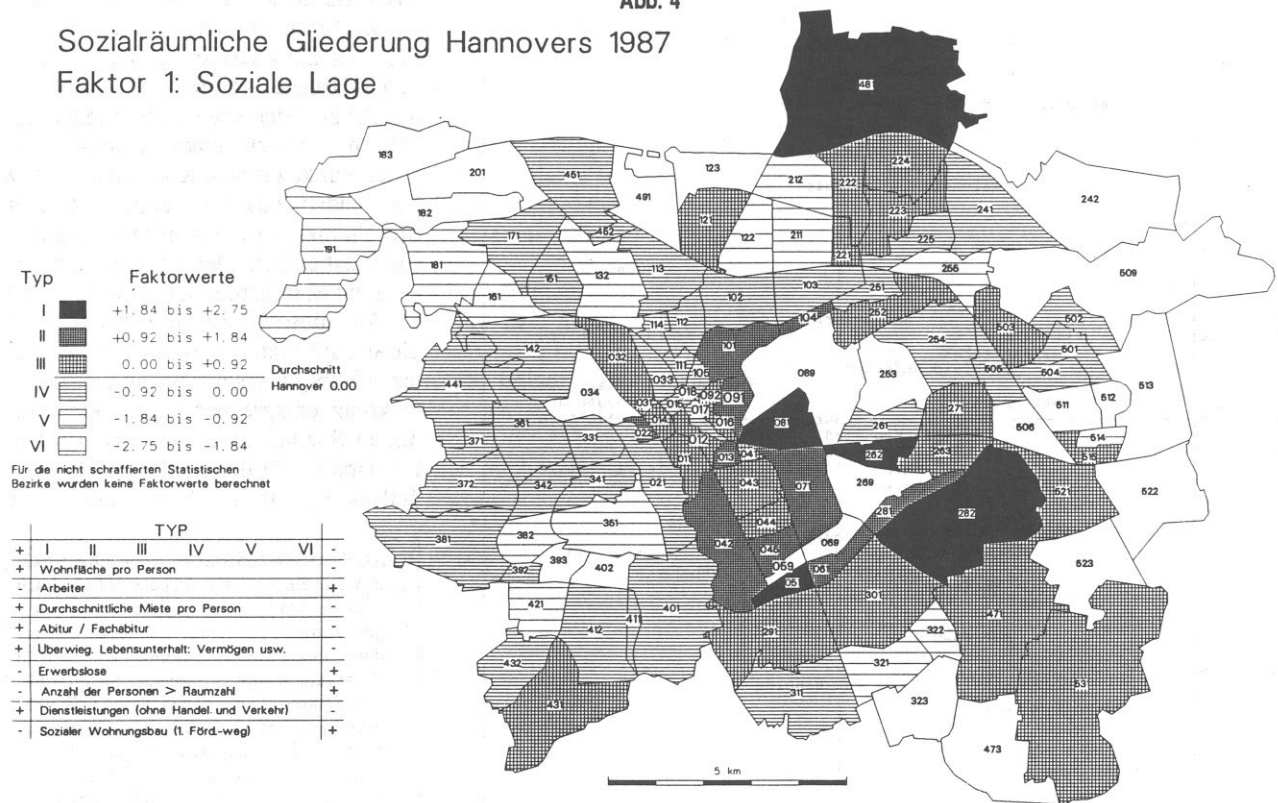
geben, die den Ideen einer Integration differenzierter Dienstleistungen innerhalb einer Versorgungsregion nahekommen (Abb. 3). Da das Land zu groß und die einzelnen Kommunen zu klein für die Bildung einer Vollversorgungsregion sind, bietet sich die administrative Ebene der Regierungsbezirke dafür an, ohne daß dort jedoch bisher gemeindepsychiatrische Kompetenz in Planung und Koordination angesiedelt worden ist. Während auf Landesebene und für die Stadt Hannover auch auf kommunaler Ebene seit über einem Jahr psychiatrische Fachbeiräte mit entsprechenden Geschäftsstellen arbeiten, steht die Konstituierung in allen vier Regierungsbezirken des Landes Niedersachsen weiterhin aus. Derweil sieht sich die von der Fachkommission federführend erarbeitete Novelle des Niedersächsischen Gesetzes für Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke aufgrund der Orientierung an sozialpsychiatrischen Versorgungsprinzipien mit heftigem Widerstand aus Kreisen der freien Wohlfahrtspflege und der kommunalen Gebietskörperschaften konfrontiert. Die Ausdehnung der Sektorverpflichtung auf komplementäre Dienste sowie die noch ausstehende Zusammenführung örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeleistungen für psychisch Kranke bilden das Motiv für diese unselbige Blockade bei der Beseitigung des niedersächsischen Entwicklungsrückstandes in der Gemeindepsychiatrie.

Gemeindepsychiatrische Angebote müssen sich nach den zu erwartenden Krankheitsrisiken in der Bevölkerung des Einzugsgebietes richten

Eine aufwendige epidemiologische Feldstudie in drei oberbayerischen Landkreisen hat die Erfahrungen der medizinischen und psychosozialen Versorgungspraktiker wissenschaftlich untermauert, daß selbst bei den ausgeprägtesten Beeinträchtigungen mit psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit die Betroffenen nur zu etwa 60 % tatsächlich behandelt werden. Niedergelassene Hausärzte spielen dabei im übrigen keine geringere Rolle als Nervenärzte, und sozialpsychiatrische Einrichtungen würden nicht um das angestammte Nervenarzt Klientel konkurrieren, sondern sich um die kontinuierliche Betreuung ansonsten hospitalisierter oder unbehandelter Patienten zu kümmern haben. Als gesicherter Tatbestand kann gelten, daß in ungünstigen sozialen Milieus und urban verdichteten Lebensräumen eine deutlich erhöhte psychische Morbidität zu verzeichnen ist, die entsprechend intensivierete psychiatrische Behandlungsangebote nötig macht. Trotz routinemäßiger Sammlung aussagekräftiger Daten zur Sozialstruktur der Bevölkerung bei den kommunalen und staatlichen Behörden fehlt es bisher weithin an einer kleinräumigen und fortlaufenden Sozialberichterstattung, die für die regionale Bedarfsermittlung psychiatrischer Dienste wertvolle Hinweise geben könnte.

Ich habe zur Illustration eines solchen Planungsansatzes im psychiatrischen Versorgungssektor der Medizinischen Hochschule Hannover auf eine Untersuchung aus der Universität Hannover zurückgegriffen, in der im Auftrag der

Abb. 4
Sozialräumliche Gliederung Hannovers 1987
Faktor 1: Soziale Lage



Forschungsgruppe Sozialstrukturwandel
 Institut f. Pol. Wissenschaft - Uni Hannover

Quelle: Statistisches Amt Landeshauptstadt Hannover
 Volks-, Gebäude- u. Wohnungszählung vom 25. Mai 1987;
 eigene Berechnungen

Sozialräumliche Gliederung Hannovers 1987

Faktor 2: Urbane Verdichtung

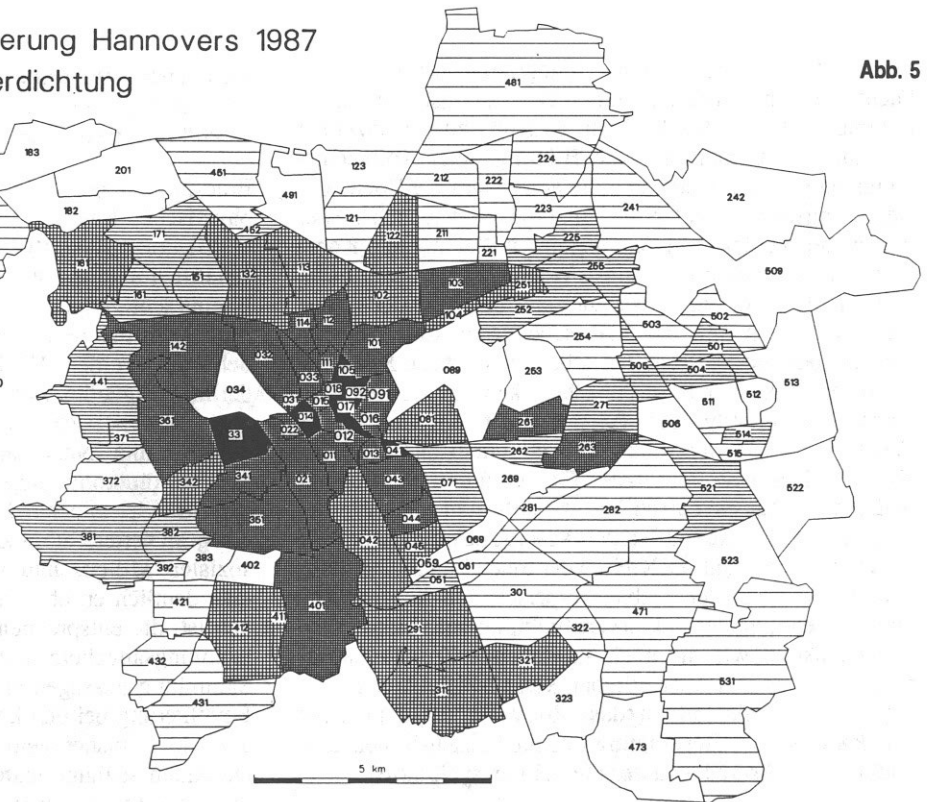
Abb. 5

Typ	Faktorwerte
I	+1.42 bis +2.13
II	+0.71 bis +1.42
III	0.00 bis +0.71
IV	-0.71 bis 0.00
V	-1.42 bis -0.71
VI	-2.13 bis -1.42

Durchschnitt Hannover 0.00

Für die nicht schraffierten statistischen Bezirke wurden keine Faktorwerte berechnet

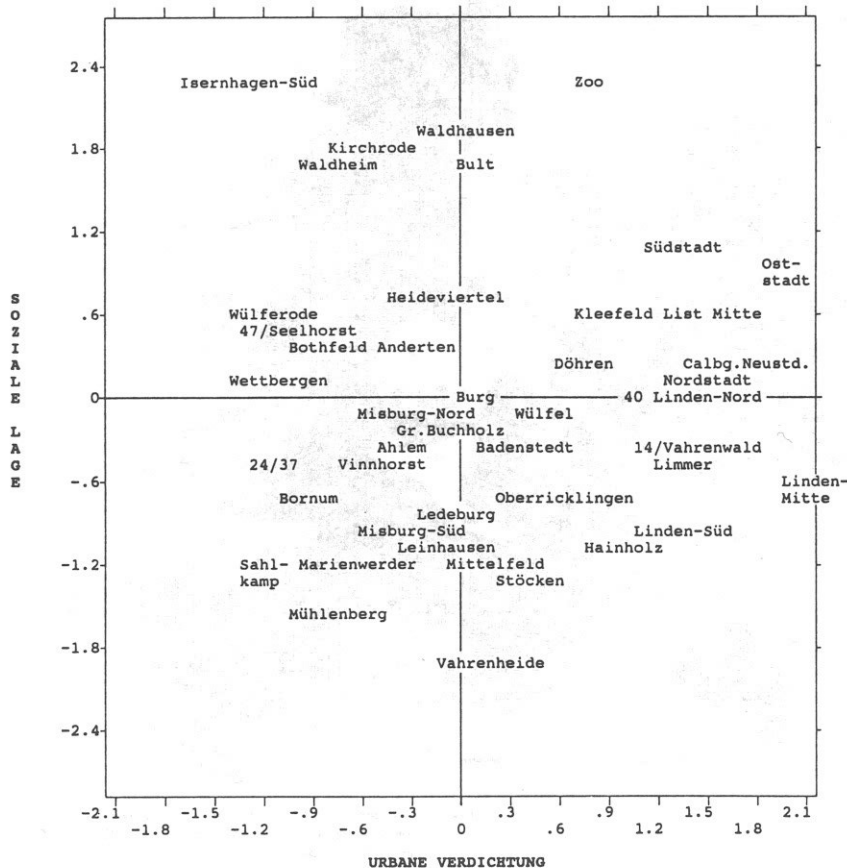
	TYP						
	I	II	III	IV	V	VI	
+ Wohngebäude mit 7 und mehr Wohnungen	-	-	-	-	-	-	-
- Durchschnittl. Zahl der Personen in Privathaushalten	+	+	+	+	+	+	+
+ Wohnungen mit 1 - 3 Räumen	-	-	-	-	-	-	-
- Überwieg. Lebensunterhalt: Eltern, Ehegatten	+	+	+	+	+	+	+
- Eigentümerhaushalte	+	+	+	+	+	+	+
+ Wohnungen errichtet bis 1919	-	-	-	-	-	-	-
+ Bevölkerung je ha Gebietsfläche	-	-	-	-	-	-	-
- Wohnungen errichtet ab 1969	+	+	+	+	+	+	+



Forschungsgruppe Sozialstrukturwandel
Institut f. Pol. Wissenschaft - Uni Hannover

Quelle: Statistisches Amt Landeshauptstadt Hannover
Volks-, Gebäude- u. Wohnungszählung vom 25. Mai 1987;
eigene Berechnungen

Abb. 6
Hannoversche Stadtteile im Raum sozialer Lagen und urbaner Verdichtung¹



Niedersächsischen Staatskanzlei die Ergebnisse der Volkszählung von 1987 ausgewertet worden sind. Aus einer Vielzahl von Indikatoren haben die Forscher die Faktoren „Soziale Lage“ und „Urbane Verdichtung“ gebildet, mit denen jeder Stadtteil und jeder statistische Bezirk einen charakteristischen Punkt auf dem Koordinatenkreuz der beiden Faktoren einnimmt. Der Mittelpunkt des Koordinatenkreuzes stellt dabei den Durchschnitt für das gesamte Stadtgebiet dar (Abb 4, 5 und 6). Auf diese Weise können nun auch die statistischen Bezirke des untersuchten Versorgungssektors im Koordinatenkreuz entsprechend ihrer kleinräumigen Sozialstruktur verortet werden. Ich habe sie für den Sektor III bzw. den Teilsektor IIIA, für den die

1) Als Koordinaten wurden die jeweiligen Faktorwerte eingesetzt, wobei der Anfangsbuchstabe der Stadtteile die genaue Position angibt. Aufgrund der Nähe bzw. Überschneidung einiger Stadtteile konnten nicht alle im Diagramm mit ihren Namen versehen werden. Stattdessen wurden in diesen Fällen die jeweiligen amtlichen Ordnungsziffern eingesetzt: 14=Herrenhausen; 24= Lahe; 37=Devenstedt; 40=Ricklingen; 47=Bemerode. Für Nordhafen und Brink-Hafen wurden aufgrund der dann eintretenden Resultatsverzerrungen keine Faktorwerte ermittelt

Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH die Versorgungs- verpflichtung übernommen hat, in vier Gruppen zusammengefaßt und mit den durchschnittlichen jährlichen Inanspruchnahmeziffern stationär-psychiatrisch behandelter Patienten nach ihrem Wohnsitz in Beziehung gebracht (Abb. 7). Dabei zeigt sich, daß die stationär-psychiatrische Inanspruchnahmeziffer in statistischen Bezirken mit hoher sozialer Lage bzw. niedriger urbaner Verdichtung deutlich unter denjenigen mit niedriger sozialer Lage bzw. hoher urbaner Verdichtung liegen. Wenn nun die Herkunft der ambulant oder komplementär betreuten Patienten innerhalb eines sektorisierten Versorgungssystems nicht diesem epidemiologisch erwartbaren Muster entspricht, wäre dies ein Hinweis auf nichterfüllte sozialpsychiatrische Zielperspektiven bei den diesbezüglichen Einrichtungen, die vermutlich mit einer insgesamt erhöhten stationär-psychiatrischen Inanspruchnahmeziffer einhergeht und zu einer relativ höheren Bettenmeßziffer für das Einzugsgebiet führt. So macht ein interner Vergleich der durchschnittlichen jährlichen Inanspruchnahmeziffer klinischer und poliklinischer psychiatrischer Behandlung nach psychiatrischer Diagnose der Patienten aus der Untersuchungsgruppe deutlich, daß die Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH ihre Arbeit auf die allgemeinspsychiatrischen Hochrisikogruppen konzentriert (Abb. 8, Seite 12):

- Bei den schizophrenen Psychosen und den sonstigen psychoreaktiven Störungen (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) liegt die ambulante Inanspruchnahmeziffer gerade in den Gebieten mit hoher urbaner Verdichtung und niedriger sozialer Lage deutlich über den entsprechenden stationären Werten. Dies geht einher mit einer sehr geringen durchschnittlichen Verweildauer der stationär behandelten schizophrenen Patienten in der Klinik (43 Tage im Jahr 1991) und einer niedrigen Bettenmeßziffer für den Sektor (0,5 auf 1000 Einwohner).
- Die zu einem guten Teil in den gerontopsychiatrischen Kompetenzbereich fallenden Diagnosegruppen der psychoorganischen Störungen und der nichtschizophrenen Psychosen zeigen eine nur gering höhere ambulante Inanspruchnahmeziffer, was z. T. sicher mit vermehrten stationären Entlassungen zu niedergelassenen Ärzten oder in Altenpflegeheimen zu erklären ist.
- Die Diskrepanz zwischen hoher klinischer und niedriger poliklinischer Inanspruchnahmeziffer bei den Suchtkrankheiten kann als Hinweis auf die Notwendigkeit einer Suchtberatungsstelle im untersuchten Sektor IIIA verstanden werden, die sich insbesondere den deprivierten Alkoholkranken in dem statistischen Bezirk 255 mit niedriger sozialer Lage zu widmen hätte, auch in Form nachgehender Betreuung.

Qualität sozialpsychiatrischer Behandlung ist die bedürfnisorientierte Individualisierung im therapeutischen Prozeß bei sicheren Rahmenbedingungen durch regionale Versorgungsstandards

Der regionale und bevölkerungsbezogene Ansatz in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsplanung darf nicht zum Selbstzweck von Organisationsfetischisten werden und muß sich gegen den Mißbrauch wehren, zu einem Instrument der Rationierung therapeutisch-rehabilitativer

Ansprüche psychisch kranker Mitbürger zu verkommen. Er erfüllt vielmehr seine Funktion bei der Realisierung sozialpsychiatrischer Leitideen der Emanzipation und Integration psychisch Kranker in ihrer Lebenswelt durch Orientierung auf das Sektorprinzip und seine Weiterentwicklung. Damit spielt dieser Planungsansatz auch in der Diskussion um Qualitätssicherung sozialpsychiatrischer Versorgungsleistungen eine wichtige Rolle (Abb. 9, Seite 12): In der Dimension der Strukturqualität gibt er Hinweise auf den Grad der Dezentralisierung der Versorgungsangebote und ihre Konzentration auf die Hochrisikogruppen. Durch die bedarfsangemessene Plazierung therapeutisch-rehabilitativer Ressourcen und ihre fallbezogene Koordination wird Kontinuität und Intensität der therapeutischen Prozesse gestützt, wenn auch die persönliche Kompetenz und das Engagement der Bezugstherapeuten hier eine ebenso große Bedeutung haben. Auch bei der Beurteilung der Ergebnisqualität lassen sich einige Indikatoren des hier vorgestellten Planungsansatzes heranziehen. Größeres Gewicht bei der Bewertung erfolgreicher Bemühungen um Integration und Emanzipation der Patienten hat hier jedoch eine individualisierte Sichtweise, die den partnerschaftlichen Dialog mit den Betroffenen und ihren Angehörigen voraussetzt. Die in die Evaluationsdiskussion eingezogenen Meßmethoden von Bedürfnissen der Patienten und ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung werden dabei nach

Abb. 7

Durchschnittliche jährliche Inanspruchnahmeziffer stationär-psychiatrischer Behandlung in der MHH von Patienten aus dem zugeordneten Sektor III der LHS Hannover nach Sozialstruktur des statistischen Bezirks ihres Wohnsitzes (Ø 1991-1993, Patienten/1000 Einw.)

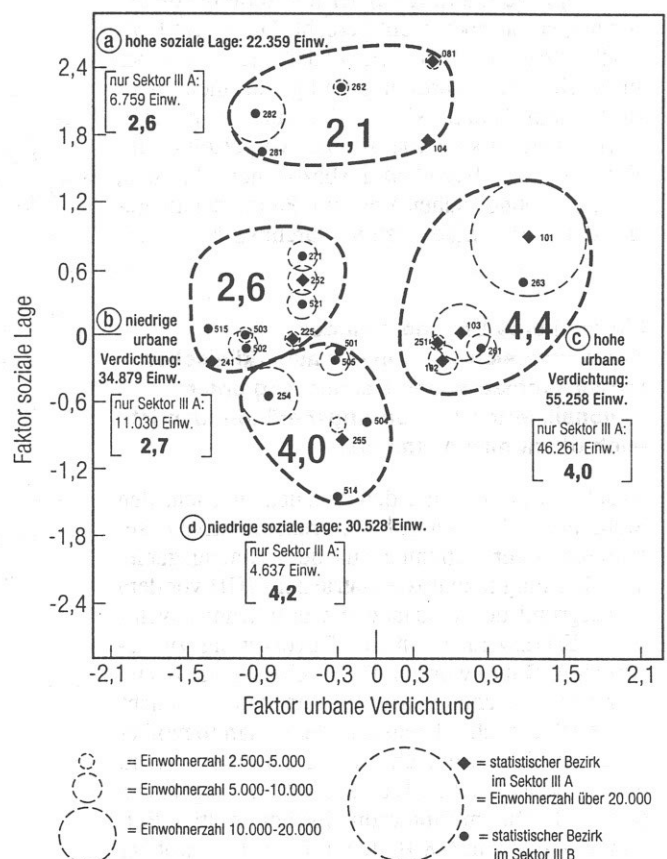
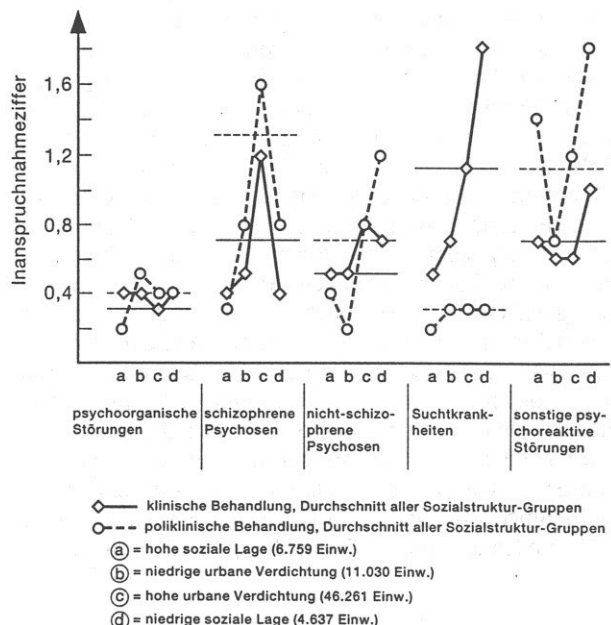


Abb. 8

Durchschnittliche jährliche Inanspruchnahmeziffer klinischer und poliklinischer Behandlung in der MHH durch Patienten aus dem Sektor III A der LHS Hannover nach Diagnosegruppe und Sozialstruktur des statistischen Bezirks ihres Wohnsitzes (Ø 1991-1993)



meiner Auffassung mit ihrer quantifizierenden und objektivierenden Einseitigkeit den Ansprüchen einer Subjektzentrierung bei der Beurteilung von Ergebnisqualität noch nicht gerecht. Die hiermit angeschnittene Problematik bedarf jedoch einer ausführlicheren Würdigung und gehört nicht mehr zu meinem Thema; sie scheint mir von gleicher Wichtigkeit zu sein wie die hier vorgestellten regionalen und bevölkerungsbezogenen Ansätze, um der wohnortnahen und auf Partnerschaft gegründeten Psychiatrie zum Durchbruch zu verhelfen.

Ein stärkeres Engagement der Krankenversicherung in der außerklinischen sozialpsychiatrischen Behandlung unter regionalisierten Versorgungsbedingungen ist auch ökonomisch sinnvoll.

Abschließend will ich den Versuch machen, den Stellenwert der therapeutisch-rehabilitativen Bemühungen für Patienten aus dem Einzugsgebiet der Abteilung Sozialpsychiatrie der MHH vor dem Hintergrund der geschätzten Gesamtzahl psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zu bestimmen. Dabei wurden die Ergebnisse der bisher einzigen deutschen Feldstudie zur Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in der Gesamtbevölkerung (epidemiologische Längsschnittstudie in drei oberbayerischen Landkreisen) herangezogen (Abb. 10). Die im Bundesdurchschnitt gültige Bettenmeßziffer von 0,8 Betten auf 1000 Einwohner

ohne die weithin fehlenden therapeutisch-rehabilitativen Angebote im ambulanten und komplementären Bereich führt bei einer angenommenen jährlichen Patientenzahl von 350 und einer durchschnittlichen Verweildauer in der Klinik von 54 Tagen pro Jahr zu einer Inanspruchnahmeziffer von 5,2 für stationär-psychiatrische Behandlung. Stellt man dafür einen Pflegesatz von 400 DM pro Tag in Rechnung, ergeben sich jährliche Kosten von DM 7,6 Mio. Die vom niedergelassenen Nervenarzt behandelten etwa 850 Patienten (25 % aller psychisch Erkrankten mit dem Schweregrad 3 und 4) weisen nur eine geringe Überschneidung mit den während eines Jahres stationär-psychiatrisch behandelten Patienten auf; eine solche Versorgungskombination wird für 50 Patienten des Untersuchungsgebietes angenommen.

Die in Sektor III A der Landeshauptstadt Hannover durch die MHH-Psychiatrie und den Verein zur Förderung seelisch Behinderter e.V. realisierten Versorgungsbedingungen führen nun zu einer um 125 Betroffene mit dem Schweregrad 3 und 4 einer psychischen Erkrankung erhöhten Inanspruchnahme therapeutisch-rehabilitativer Angebote. Ein um 100 Patienten pro Jahr verringertes stationär-psychiatrisches Inanspruchnahmeklientel und eine Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer in der Klinik pro Jahr auf 41 Tage führen zu einer auf 0,5 sinkenden Betten-

Abb. 9

Qualitäts-Dimensionen in der Sozialpsychiatrischen Behandlung schizophrener Psychosen zwischen Standardisierung und Individualisierung

	POL DER STANDARDISIERUNG	
	- Regionalisierung - Multiprofessionalität - Rehabilitationsziel	
	SEKTOR-ORIENTIERUNG	
STRUKTUR-QUALITÄT	DEZENTRALISIERUNG	KONZENTRATION
	DER VERSORGUNGSANGEBOTE	
Indikatoren:	Größe des Einzugsgebietes Erreichbarkeit der Dienste	Soziodemographische Charakteristika und psychiatrisch relevante Merkmale der Inanspruchnahme-Population
PROZESS-QUALITÄT	KONTINUITÄT	INTENSITÄT
	DER THERAPEUTISCHEN PROZESSE	
Indikatoren:	Langfristigkeit der Behandlung Koordination der einzelnen Maßnahmen	Zeitbudget des Bezugstherapeuten Vielfalt und Flexibilität der therapeutischen Angebote
ERGEBNIS-QUALITÄT	INTEGRATION	EMANZIPATION
	DER PATIENTEN	
Indikatoren:	Inanspruchnahmeziffern der Dienste Ergebnisse der Rehabilitationsbemühungen	Selbstbestimmung der Lebensform Freiwilligkeit der Behandlung
	SUBJEKT - ZENTRIERUNG	
	- Autonomie - Partizipation - Kompetenzziel	
	POL DER INDIVIDUALISIERUNG	

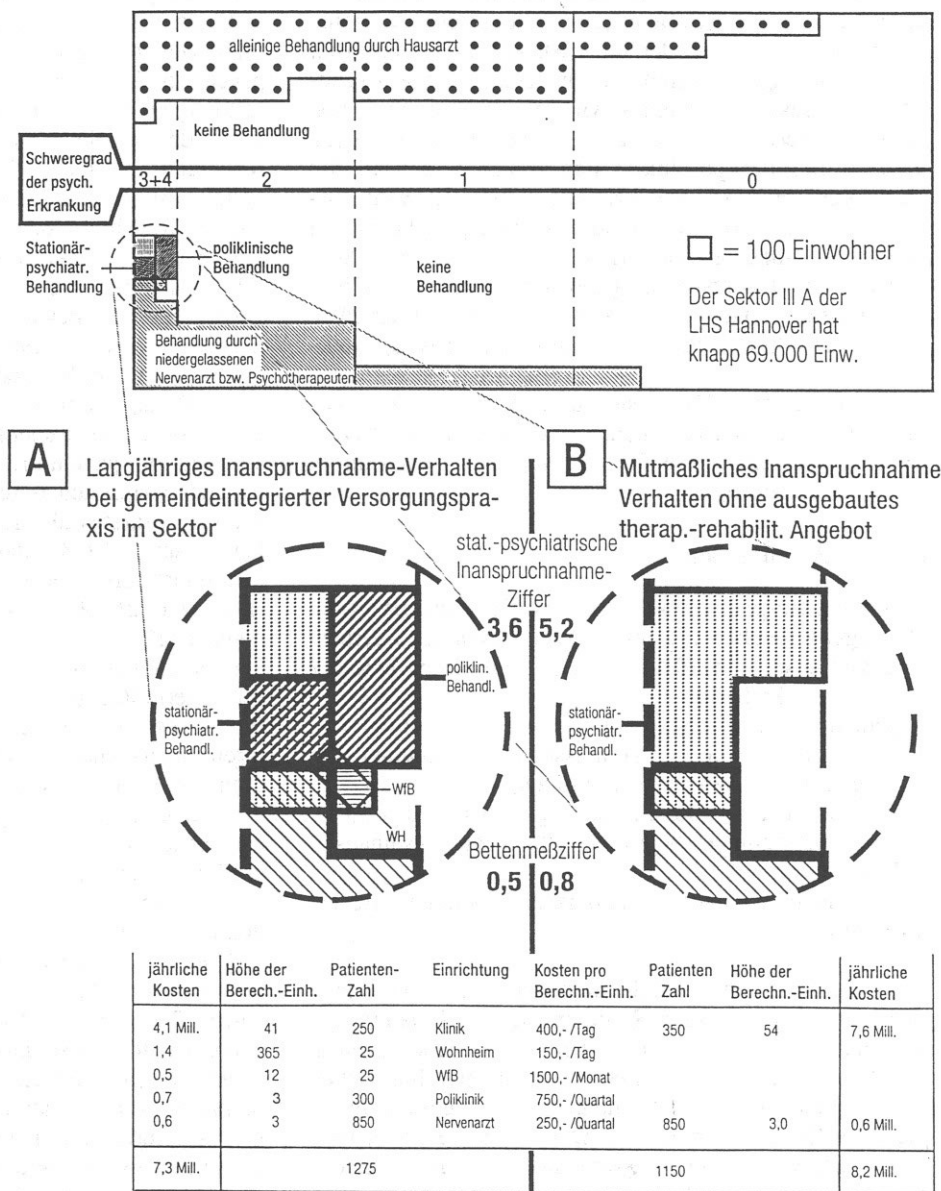
meßziffer. In beiden Alternativen wurde mit einer durchschnittlich 80%igen Bettenbelegung im klinischen Bereich gerechnet. Mit den jährlich eingesparten DM 3,5 Mio. könnte der Krankenversicherungsträger die für den Sektor III A notwendigen poliklinischen Behandlungsplätze (300 Patienten mit durchschnittlich drei Behandlungsquartalen à 750,- DM) bezahlen.

Zusätzlich ließen sich sogar noch 25 Plätze in Werkstätte und Wohnheim finanzieren, die bisher in der Kostenzuständigkeit der überörtlichen Sozialhilfeträger liegen. Tatsächlich beteiligen sich die Krankenversicherungen jedoch bisher nur minimal an den therapeutisch-rehabilitativen Versorgungsleistungen für die psychiatrischen Hochrisikogruppen außerhalb der Klinik und müssen daher deutlich mehr Geld für die steigenden Kosten stationär-psychiatrischer Behandlung im Gefolge der PsychPV ausgeben. Die nach dem Modell gemeindeintegrierter Versorgungspraxis im Sektor III A eingesparten DM 0,9 Mio. könnten zum Aufbau einer sektorbezogenen arbeitenden Tagesstätte mit angegliedertem Angebot betreuten Wohnens eingesetzt werden. Die Kommunen und das Land Niedersachsen als Träger der Sozialhilfekosten könnten durch die Beteiligung von Kranken- und Pflegeversicherung an dem ambulanten und komplementären Versorgungsangebot finanziell entlastet werden. Dann ist die Chance größer, daß die Politik ihren chronisch psychisch kranken Mitbürgerinnen und Mitbürgern nicht mehr durch Nichtachtung oder Ausgrenzung begegnet, sondern so wohnortnah wie möglich ihr verbrieftes Recht auf effiziente Behandlung einlöst und ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördert.

Literatur beim Verfasser

Abb. 10

Stellenwert der therapeutisch-rehabilitativen gemeindepsychiatrischen Versorgungspraxis für Patienten aus dem Einzugsgebiet der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover (Sektor IIIA der LHS Hannover) und alternative Kostenschätzungen nach Untersuchungen des Inanspruchnahmeverhaltens im Jahre 1991



Anschrift des Verfassers
 Dr. med. Hermann Elgeti
 Medizinischen Hochschule Hannover
 Sozialpsychiatrische Poliklinik
 Walderseestraße 1
 30163 Hannover