

# Integrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen *Anforderungen an Psychotherapeuten*

BPtK-Tagung 22./23. Sept. 2009 Hannover

Prof. Dr. Thomas Bock

Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

## Übersicht

- **Psychiatriereform auf halbem Weg**  
Strukturprobleme Versorgung/Finanzierung
- **Inhaltlicher Engpass**  
Reduktionistisches oder anthropologisches Verständnis?
- **Chancen „Integrierter Versorgung“ Hamb. Modell**  
andere Struktur, andere Haltung/Beziehung
- **Anforderungen an Psychotherapeuten**  
strukturelle, methodische, inhaltliche Flexibilität u. a.
- **Anforderungen an deren Ausbildung**  
Studium, theoretische/praktische Weiterbildung

## Ausgangsthese

- „Integrierte Versorgung“ bedeutet eine große Chance – für Patienten, Angehörige, Behandler. Doch die Integration darf sich nicht auf *formale* Strukturen/Finanz.wege beschränken, sondern muss sich auch auf *Inhalte*, Verstehensmodelle und psychotherapeutische Behandlungskultur beziehen
- Psychiatrie muss reflexiver und dialogischer werden

## (1) Psychiatriereform auf halbem Weg

- Beseitigung inhumaner Zustände in Anstalten!
- Sozialpsychiatrische Institutionen!  
Tageskliniken, Ambulanzen, „Komplementäre“ Inst.
- Personenzentrierung!  
vom Wohnheim zum Betreuten Wohnen, von WfB zur geschützten Arbeit  
*aber*
- Politische Grenzen?  
Macht großer Institutionen, Probleme mit Wohnraum, Arbeit, Stigma
- Beziehungsqualität, -kontinuität?  
Reduktionistisches o. anthropologisches Verständnis
- Orientierung auf den Sozialraum?

## „menschenswürdige“ Psychiatrie?

---

### **Realität früher:**

- Große Säle
- keine Privatsphäre
- Weggesperrt in Anstalten
- Stigmatisierendes Verständnis

### **Gefahr heute:**

- Akutstation o. Ruhe
- Anonymität o. Beziehung
- Ambulantes Ghetto
- Reduktionistisches Verständnis

## Probleme der Finanzierung

---

- Trennung Psychiatrie u. Psychosomatik
- Trennung Kranken- und Sozialhilfe
- Trennung ambulant – stationär
- 7/8 der Mittel stationär gebunden
- Je kränker, desto weniger Ressourcen
- Psychotherapie weitgehend exklusiv

## Ausgangsbasis Psychosen/Bipolare Störungen

- Inzidenz: 1 - 2 % / 1 - 2 %
- Hohe Raten Behandlungsabbruch: 20 - 40 %
- Hohe Raten unbehandelt: 30 %/50 %
- Nur 15 % gute Prognose aktueller Behandlung
- Ambulant:  
1 Termin in 1 - 3 Mon. à 5 - 20 min.
- Selten Psychotherapie

## (2) Unzulässige Vereinfachungen in der Praxis

- *„Warum ist Herr X psychotisch?“ - „Er hat eine Psychose“*
- *„Warum ist Frau M. so aufgeregt?“ - „Sie agiert.“*
- *„Oh nicht schon wieder ein Borderliner, die spalten das Team“.*
- *Frau P. hört Stimmen. - Sie hat eine Schizophrenie.*
- *Herr S. nimmt seine Pillen nicht. Er ist non-compliant.*

## Unzulässige Vereinfachungen

in der Theorie

- „Psychosen werden *nicht* vererbt“  
Vulnerabilität, gen. Potenzial 50 %, Gene „wecken“
- „Hirnstoffwechsel verursacht *keine* Psychosen“  
somatische Eigendynamik *nach* psych. Belastung, Gehirn „gebahnt“
- „Familienatmosphäre (HEE) und Rückfälle“  
keine Ursache, sondern Wechselwirkung. Entlastung entscheidend
- Dauer unbehandelter Psychose entscheidend?  
*Prognose* abhängig von sozialem Kontext + unserer Flexibilität
- Rückfälle vermeiden? – nicht um jeden Preis  
Vermeiden des Lebens? Zunahme Negativsymptome/Depression?

## „Höllenhunde“ am Eingang der Psychiatrie

### „Krankheitseinsicht“

*Patient denkt wie Arzt*

- Vorleistung des Patienten?

*oder*

- primär unsere Aufgabe?

*Wer nimmt Einsicht in was?*

### „Compliance“

*Patient tut, was Arzt will*

- Unterwerfungsritual des Patienten?

*oder*

- Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen?

*Wie viel Eigensinn tut gut?*

## Non-compliance oder Eigensinn?

### *Non-compliance*

- Krankheitsmerkmal?
- Misslungene Kooperation
- Schlechte Prognose?

### *Eigensinn*

- Herausforderung
- Ringen um Autonomie
- Lebensqualität

### *Plädoyer für eine andere Kooperationskultur:*

- Unbedingter Gehorsam: schlechtes Zeichen
- Eigensinn – Ringen um Identität: gute Prognose
- Psychotherapeutische Beziehungsqualität, Stärkung des Subjekts

## „Wie gesund ist krank?“

Anthropologische Sicht – Basis für Psychotherapie?

- **Ängste:** zunächst (Selbst-)Schutz vor Gefahr, *Risiko:* Verselbständigung, Verallgemeinerung, Zuspitzung, Lähmung und Panik
- **Zwänge:** Rituale geben Halt, Schutz vor Zerfall  
*Gefahr:* Einengung, Blockade, Gefängnis
- **Depressionen:** emotionaler Totstellreflex, Schutz  
*aber:* kognitive/affektive Teufelskreise, Verzweiflung, Leere, Selbstgefährdung

- **Manien:** Flucht nach vorne, Ausdruck von Überanpassung, Grenzen sprengen ohne Befreiung, *aber:* Selbstgefährdung, sozialer Schaden
- **Borderline:** „Grenzgänger“, Dauer-Pubertät? schwierige Balance von Bindung und Autonomie, *bis zu:* Selbstverletzung, Fremdgefährdung
- **Psychosen:** Reizoffenheit/Dünnhäutigkeit, Traum ohne Schlaf, Rückgriff kindliche Wahrnehmung Extremer Eigensinn, *bis:* Verlust eigener Grenzen

*Psychotherapie kann den „funktionalen“ Anteil integrieren und die krankheitsspezifische Eigendynamik stoppen/mildern helfen.*

## Zwei Kulturen

die es zu integrieren gilt

*psychiatrisch*

*psychotherapeutisch*



### (3) „Integrierte Versorgung“

- Gesetzliche Verpflichtung 1 % GKV
- Ziel: Strukturübergreifende Finanzierung
- Bisher Schwerpunkt Somatische Medizin (Vermeidung Doppeldiagnostik usw.)
- Bisher wenige Modelle in der Psychiatrie
- Die Meisten sehr beschränkt (Hausarztmodelle)

### Integrierte Versorgung

#### Hamburger Modell

- Jahrespauschale auf Basis der Kosten 2006
- Zunächst für Patienten mit akuter oder langfristiger Psychoseerfahrung/bipolarer Störung
- für alle Klinikleistungen: stationär, tagesklinisch, ambulant
- Plus Bonus für beteiligte Facharztpraxen
- Home-Treatment-Team (1:15) inkl. Psychoth., 24 Std. telefonisch erreichbar
- Kooperation mit ambulanter Pflege, Psychotherapie, sozialpsychiatrischen Diensten

## Neue Belohnungsmechanismen

- Statt „Full-house“-Prinzip, Belohnung guter ambulanter Arbeit - inkl. Home-Treatment
- Umwidmung von stationär gebundenen Ressourcen möglich
- Zusammenarbeit mit ärztl./psychoth. Praxen und Gemeindepsychiatrie „lohnt“
- Home-Treatment und Krisenbetten als Perspektive (Behandeln, wo es am wenigsten Angst macht)

## Vorteile

### „Win-win-win“-Vertrag

#### *Patienten/Angehörige*

- Anderer Kontext, Einbeziehung Familie
- Kontinuität, Verbindlichkeit, Krisenintervention
- Weniger Einweisung + Zwang

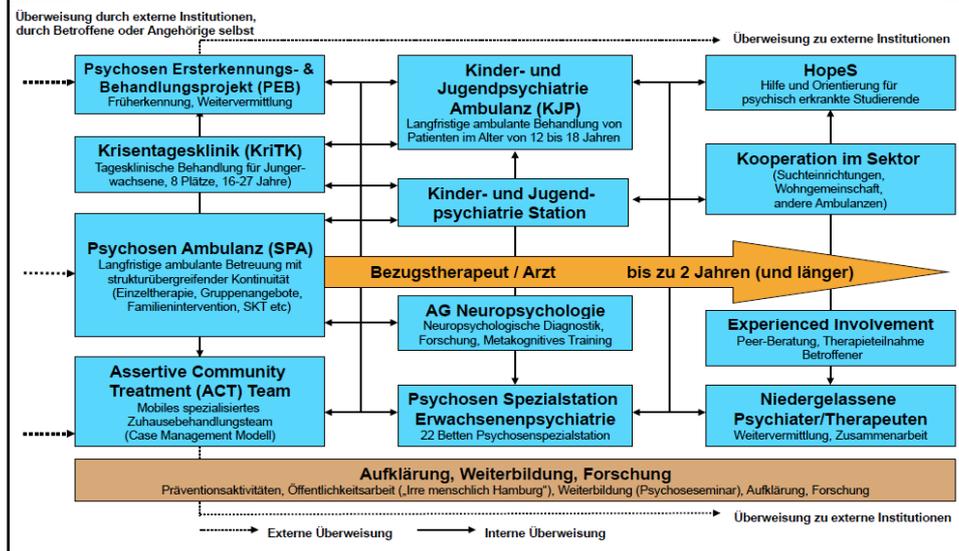
#### *Klinik*

- Flexibler Einsatz von Ressourcen,
- Planungssicherheit

#### *Kassen*

- Kostendeckelung, -transparenz

# Psychosebereich UKE



## Ergebnisse

- Steigerung amb. Kontakte von 0,2 auf 2,2 je Woche (11x)
- Steigerung Anteil Psychotherapie von 5 % auf 52 % (10x)
- Stationäre Behandlungszeit halbiert
- Reduktion Behandlungsabbruch/Rückfall
- Deutliche Senkung Gesamtkosten
- Anhaltende Abnahme Psychopathologie CGI u. a.
- Anhaltende Zunahme soz. Funktionsniveau GAF u. a.
- Bessere Lebensqualität/Zufriedenheit

## (4) Stellenwert der Psychotherapie

### Ausgangslage

- Wissenschaft: Bei keiner psychischen Erkrankung Psychotherapie ausklammern.
- Realität: Je schwerer Erkrankung, desto seltener Psychotherapie
- Das entspricht *nicht* Bedürfnissen/Möglichkeiten von Patienten/Angehörigen.
- Mängel bzgl. Struktur, Inhalt, Methodik und formalem Rahmen der Psychotherapie
- Mängel bzgl. Ausbildung.

## Anforderungen an Psychotherapie

### i.R. einer „Integrierten Versorgung“

- Flexibilität bzgl. Zeit, Dauer, Frequenz, Ort, Setting
- Sektorübergreifende Kontinuität
- Arbeit im Netzwerk (z. B. Praxis, Ambulanz/IV)
- Kontext wahren, Angehörige einbeziehen (Triadlog)
- Je früher, desto vorsichtiger – Erstkontakt prägt
- Sprache wichtig, Entstigmatisierung beginnt bei uns
- Keine Fixierung auf Symptomreduktion – Recovery!
- Respekt vor Eigensinn als Ressource

## Methodische Vielfalt

- „Bedürfnisorientiert“! (Need-adapted-Treatment)
- Phasenabhängig! (größere Spannweite als bei „Neurosen“)
- Kontextabhängig/strukturübergreifend!
  
- „Eklektizistisch“?
- Gemeinsame Wirkfaktoren? (Grawe u. a.)
- In einer Methode so zuhause, dass Abweichung möglich?

## Verortung von Psychotherapie

- Psychoth. Basiskompetenz allgemein
- Spezifische psychoth. Methodik in
  - Institutsambulanzen,
  - Home-Treatment-Teams,
  - gemeindepsychiatrischen Diensten,
  - Frühbehandlungszentren u. a.
- Kooperierende (Gemeinschafts-)Praxen
- Beteiligungsverträge (auch für Approbierte o. Zulassung)

## Verbindliche Kooperation im Netzwerk

### **Institutsambulanz/ Home-Treatment**

- Aufsuchende Intervention
- Unterstützung des Umfelds
- Familientherapie
- Akute Krisenintervention
- .....

### **Praxis/Gemeinschaft**

- Regelmäßige Termine
- Bearbeitung v. Konflikten
- Etappentherapie *oder*
- Niederfrequent langzeit
- .....

## „Banale“ Probleme

### **Integrierte Versorgung**

- Vertraulichkeit in IV?
- Integration o. Separation psychoth. Funktion?

### **Psychoth. Praxis**

- Bezahlung der Netzwerkarbeit?
- Ausfallzeiten?

## (5) Anforderungen an Ausbildung (a)

---

- *Studium:*
  - Basiskenntnisse in Diagnostik und Therapie,
  - verschiedene Verstehens-, Behandlungsansätze
  - praktische Erfahrungen, Begegnung (ExIn-Kurse)
- *Theor. Weiterbildung:*
  - Verstehen/Behandlung aller Diagnosen
  - Neurose- und Psychosetheorien
  - Konsequenzen verschiedener Settings
  - Recovery, Empowerment ....

## Anforderungen an Ausbildung (b)

---

- *Praxis:*
  - Psychiatrie und Psychotherapie integriert  
kennenzulernen (bisher absurder Ausschluss)
  - Angemessene Bezahlung (zurzeit sozialer NC!)
- *Therapie/Supervision:*
  - auch mind. 1 - 3 Psychosepatienten
  - Kooperation Ausbildungs-/Institutsambulanz
  - Weiterbildung der Supervisoren/Gutachter
- Schulen übergreifende Ausbildungsinstitute!

- Psychotherapie muss flexibler, integrativer, mutiger werden. Unbequemer für sich selbst, tragfähiger für Andere.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*Ausliegend:*

- Gegenüberstellung Hamburger Modell und TK-Modell „Integrierte Versorgung“
- Zehn Abschlussthesen „Psychotherapie und Psychiatrie i. R. integrierter Versorgung“

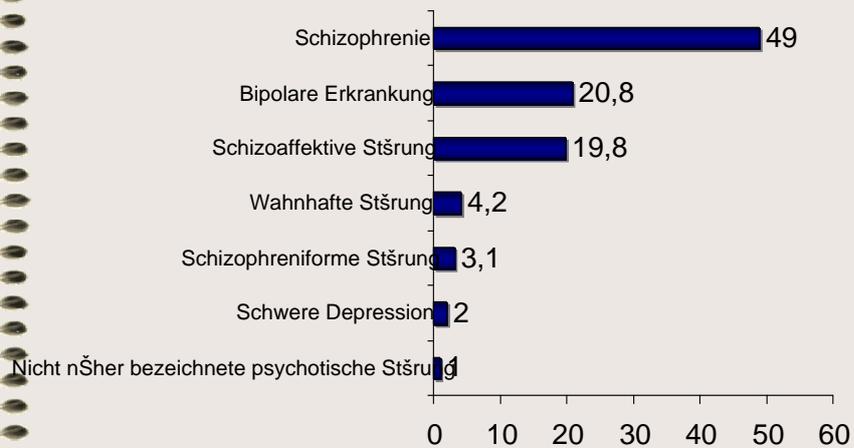
## Fragen an Psychotherapie

- In Institutionen noch in der Defensive?
- In Praxen zu wenig tragfähig?
- Formaler Rahmen zu starr?
- Noch zu sehr an Schulen fixiert?
- Päpstlicher als der Papst – Medizinisches Modell kritiklos übernommen?
- Emanzipatorischen Anspruch aufgegeben?

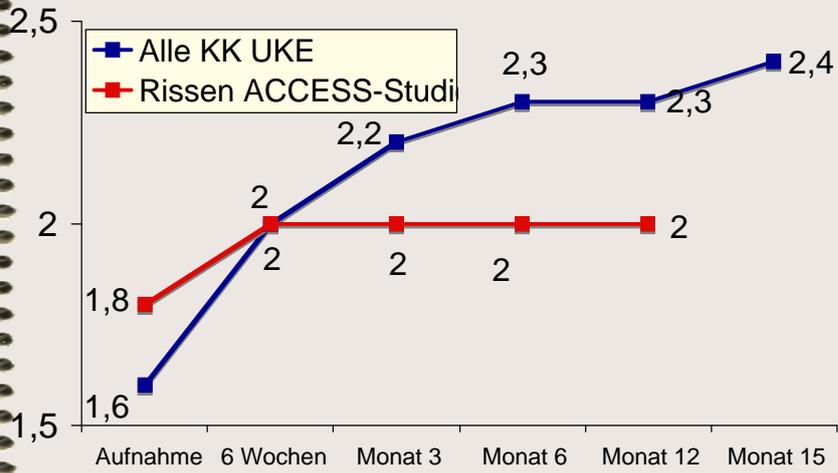
## Klientel

- Alter 41,5 Jahre
- Männer 43 %, Frauen 57 %
- Ca. 70 % Single
- Ca. 70 % Trauma in Vorgeschichte
- 35 % Suizidversuche
- Dauer unbehandelte Psychose ca. 50 Wochen
- Komorbidität Sucht 43 %
- Sonstige Komorbidität 23 %

## Diagnosen

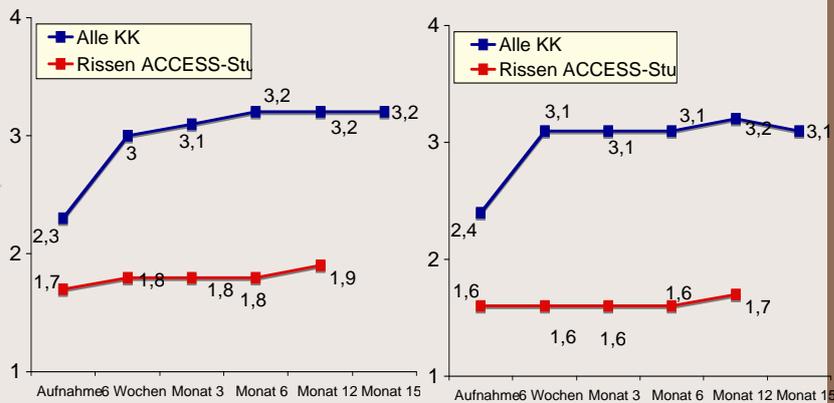


## Verlauf Lebensqualität (Q-LES-Q-18)



## Zufriedenheit

(CSQ-8P) Patienten      Angehörige (CSQ-8A)



# Indikationen

## (1) Allgemein

- Erst- oder mehrfach erkrankt
- räumlicher Nähe

## (2) Akuter Patient

- Einweisung durch Praxis oder Notdienst
- normalerweise stationäre Behandlung notwendig (Akutkriterium nach BPRS)

## (3) Chronischer Patient

- Psychose-Erfahrene mit mehreren voll- oder teilstationäre Behandlungen in letzten zwei Jahren („Drehtürpatienten“).

# Integrierte Versorgung

- Klinik als Behandlungszentrum, pauschale Finanzierung, Umschichtung von Ressourcen
- Belohnung notwendiger Qualitätsmerkmale Transparenz, Flexibilität, Kontinuität („Win-win“)
- Home-Treatment Team verbindlich
- Arbeit im sozialen Netzwerk, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

## Strukturelle Konsequenzen

- Standardprogramme fragwürdig – bes. b. Psychosen
- „Komm-Struktur“ kostentreibend/falsch
- Spezialisierung auf konkrete Lebensbedingungen/  
Trialog – statt auf Diagnosen
- Strukturübergreifende Kontinuität!
- Behandlung dort, wo sie am wenigsten Angst macht  
(Home-Treatment und Soteria)
- Räume schaffen, Sinn ermöglichen (Sozialraum)

## Kriterien für eine menschenwürdige Psychiatrie

### **Trialog**

- Verhandlung auf Augenhöhe
- Angehörige selbstverständlich einbeziehen

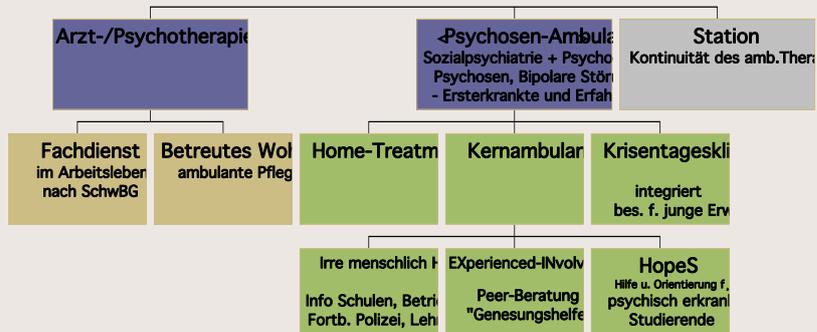
### **Milieu**

- Soteria = stationäres Hometreatment
- Hometreatment = ambulante Soteria

### **Integrierende Versorgung**

## Beispiel eines Verbundsystem

Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf



## Anthropologische Aspekte

*„Menschen müssen im Unterscheid zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren ...“*

*Wer psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich ...“.*

(anthropologischen „blauen“ Broschüre: „Es ist normal, verschieden zu sein“)

# Psychotherapie und psychische Erkrankungen

Stellenwert i. R. einer „Integrierten Versorgung“

- 10 Thesen von Prof. Dr. Thomas Bock, Uniklinik Hamburg -

- 1) Es gibt keine psychischen Erkrankungen, deren Entstehung/Verlauf allein somatisch zu erklären und bei deren Behandlung eine Psychotherapie auszuschließen wäre.
- 2) Die Wechselwirkungen somatischer und psychischer Prozesse sind hochkomplex; sie beeinflussen Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen auf mehreren Ebenen: Genanteile können „geweckt“ werden; Abweichungen im Hirnstoffwechsel folgen auf psychischen Belastungen und erhöhen zugleich die Sensibilität.
- 3) Konstitution und aktuelle Belastungen ergänzen sich. Insofern sind z. B. kognitive/schizophrene und affektive Psychosen auch zu verstehen als existenzielle Lebenskrisen besonders dünnhäutiger Menschen – mit entsprechend komplexer psychischer, sozialer und somatischer Eigendynamik.
- 4) Psychotherapie kann helfen, zugrundeliegende Konflikte zu lösen oder Widersprüchen/Spannungen zwischen innerer und äußerer Welt zu mindern, individuelle Bewältigungskräfte zu stärken oder mit verbleibender Krankheit gesund zu leben. Darüber hinaus kann sie die Wirksamkeit von Medikamenten (u. a. über den Respekt für subjektive Krankheitskonzepte) unterstützen und/oder Vertrauen und Kooperationsbereitschaft stärken.
- 5) Aktuell gilt noch: Je gesünder, desto eher und je kränker, desto seltener erhalten psychisch erkrankte Menschen und ihre Familien psychotherapeutische Unterstützung.
- 6) Dieser Mangel entspricht nicht dem Potenzial der Psychotherapie, erst recht nicht den Bedürfnissen und Möglichkeiten von Patienten und Angehörigen. Er reflektiert ungünstige Organisations- und Finanzierungsstrukturen sowie unzureichende Ausbildungs- und Forschungsbedingungen.
- 7) Modelle der „Integrierten Versorgung“ können und müssen nicht nur formal Versorgungsstrukturen und Finanzierungstöpfe integrieren, sondern auch inhaltlich psychopathologische und anthropologische Verstehensansätze, medizinische und psychologische Erklärungsmodelle sowie die entsprechenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Handlungsstrategien.
- 8) Eine entsprechend reflektierte, methodisch gesicherte Qualität der therapeutischen Beziehung kann maßgeblich zur Grundidee der Integrierten Versorgung beitragen: Krankheitserfahrung zu integrieren, individuelle, familiäre und soziale Ressourcen zu stärken, stationäre Behandlung zu reduzieren und ein Leben außerhalb von Institutionen zu ermöglichen.
- 9) Psychotherapie kann unmittelbarer Bestandteil der Institutionen Integrierter Versorgung oder als verbindliches Netzwerk assoziiert sein. Entscheidend ist die Förderung einer gemeinsamen auf Verstehen und tragende Beziehungen ausgerichteten Behandlungskultur.
- 10) Die Belange ernsthaft psychisch erkrankter Menschen müssen in der Ausbildung stärker berücksichtigt werden – vom Psychologiestudium bis zur praktischen Weiterbildung:
  - a. Im Studium: Mehr Wissen über Diagnostik und Therapie, Begegnungsprojekte (Experienced Involvement), verschiedene Verstehens- und Behandlungsansätze,
  - b. In theoretischer Weiterbildung: Neurose- und Psychosetheorien,
  - c. In praktischer Weiterbildung (PiPler-Zeit): Kennenlernen von integrierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung auch im ambulanten Kontext,
  - d. In Therapie/Supervision: Verpflichtung bei entsprechender Supervision auch 1 - 3 Menschen mit Psychoseerfahrung zu behandeln.

## Integrierte Versorgung

Sektorübergreifende Finanzierungs- und Versorgungsmodelle. Gefördert nach Bundesgesetz aus 1 % der Summe der gesetzlichen Krankenversicherung. Relativ viele Anträge aus der somatischen Medizin, wenige aus der Psychiatrie. Selten wirklich struktur-übergreifend (ambulant/stationär).

*Hier:* Gegenüberstellung des Hamburger Modells (Uniklinik - DAK, HEK, AOK u. a.) und das eher außerklinische Modell der Techniker Krankenkasse (Berlin, Bremen, München/Augsburg). Beide werben mit besseren Leistungen für Patienten/Angehörige (mehr Kontinuität, Flexibilität, ambulanter Krisenintervention) – mit deutlichen Unterschieden. Eine Kombination beider Modelle erscheint erstrebenswert und wird vorbereitet.

	<b>Hamburger Modell</b> Uniklinik (DAK, HEK, IKK u. a.)	<b>TK-Modell</b> (außerklinischer Schwerpunkt)
<b>Idee</b>	Jahrespauschale für alle Leistungen einer Klinik <i>ab Beginn</i> der Behandlung bestimmter Patienten, Umkehr der Belohnungsmechanismen: Statt „Full-house“ ambulante Arbeit.	Gestufte Pauschalen für gemeindepsychiatrische Dienste <i>nach</i> der stationären Erstbehandlung. Aufbau von Leistungen, die neue stationäre Behandlung unnötig machen.
<b>Zielgruppe</b>	Psychosen, Bipolare Störungen, aber übertragbar (akut o. chronisch)	Mehr Diagnosen, aber Start mit Teilbereichen möglich
<b>Kernleistung in Pauschale</b>	Institutsambulanz, Home-Treatment, b. B. (teil)stationäre Leistungen; Bonus für kooperierende Psychiaterpraxen	ambulante Pflege, Soziotherapie, Krisenbegleitung, Malus für stationäre Behandlung
<b>Kooperation außer Pauschale</b>	Amb. Pflege, Ergotherapie, Psychotherapie, gemeindepsychiatrische Dienste (Betr. Wohnen, PSK)	Psychiater, Psychotherapeuten, Ergotherapie
<b>Ermittlung Pauschale</b>	<i>Retrospektiv</i> anhand realen Kosten in 2006/7 inkl. Fremdbelegung	<i>Prospektiv</i> anhand vermuteter Folgekosten nach Gesamtkosten 2006/07
<b>Summe</b>	Im fünfstelligen Bereich	Max. die Hälfte, gestaffelt
<b>Besonderheit</b>	Verfügungssumme durch Einschluss stationärer Kosten höher	Konzentration auf ambulanten Bereich
<b>Fehlerquelle</b>		Annahme, dass Jahreskosten nach station. Behandlung von selbst niedriger werden, gilt für Psychosen/Bipol. Störungen <i>nicht!</i>
<b>Risiko</b>	Korrekte Zuordnung der Erlöse zu Leistungserbringern wichtig	Ambulanter Träger haftet für stationäre Aufnahmen
<b>Home-Treatment</b>	Explizit eingeschlossen (1:15), mit therapeutischer Beziehungsqualität; „Management“ allein reicht nicht!	Ambulante Krisenintervention und längerfristige Begleitung zuhause Teilaufgabe
<b>Psychotherapie</b>	Integriert und als Leistung über KV zu erbringen, Netzwerkbildung gefordert	Als Leistung über KV, Netzwerk, nur begrenzt integriert
<b>Ersterkrankte</b>	Explizit eingeschlossen	Nicht eingeschlossen bzw. stark unterbewertet
<b>Bewertung</b>	Schafft für Patienten mehr Kontinuität u. Flexibilität, für Kassen mehr Transparenz, für Träger mehr Flexibilität im Mittel-/Personaleinsatz. Darf sich nicht auf Klinik konzentrieren. Kooperation mit Sozialpsychiatrie/Psychotherapie notwendig	Erschließt ambulanten Trägern Mittel der GKV, wenn auch mit hohem Risiko. Gibt ambulanter Versorgung mehr Gewicht mit ähnlichen Vorteilen für Patienten; durchbricht die spezielle Dynamik der Krankenhausfinanzierung nicht.
<b>Empfehlung</b>	Kombination beider Modelle! Klarer Sektorbezug, nicht überregional! Bildung eines verbindlichen Netzwerks. Trialogische Qualitätssicherung gerade auch im Hinblick auf Home-Treatment/ambulante Krisenintervention, Integration Psychotherapie	!