

**Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie**

Herausgegeben von W. Gaebel und F. Müller-Spahn

Thomas Becker, Holger Hoffmann,  
Bernd Puschner, Stefan Weinmann

# Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie

**Kohlhammer**

Konzepte und Methoden der  
Klinischen Psychiatrie

Herausgegeben von  
Wolfgang Gaebel  
Franz Müller-Spahn

Thomas Becker, Holger Hoffmann,  
Bernd Puschner, Stefan Weinmann,  
unter Mitarbeit von  
Silvia Krumm und Florian Steger

# **Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie**

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2008

Alle Rechte vorbehalten

© 2008 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-019101-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026602-5

# Vorwort

Wie auch immer psychische Gesundheit und Krankheit genau definiert und abgegrenzt werden, es gibt in unserer Kultur einen generellen Konsens, dass ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung an psychischen Krankheiten leidet. Darüber hinaus herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass die betroffenen Menschen eine respektvolle und – soweit möglich – hilfreiche Versorgung verdienen. Da hören die Gemeinsamkeiten aber auch schon auf. Wie sollen die Patienten am besten versorgt werden? Wie viel Geld ist das unseren Gesellschaften wert? Welche Versorgungsansätze, -einrichtungen und -maßnahmen haben sich bewährt, und welche nicht? Diese und viele andere Fragen werden weiterhin kontrovers diskutiert.

Zum Teil ist dies eine Debatte über Werte. Zum Beispiel erfordert die Frage, in welcher Höhe Investitionen in das psychiatrische Versorgungssystem angemessen sind, eine Einschätzung des prinzipiellen Wertes einer solchen Versorgung und eine politische Abwägung von Prioritäten. Zum Teil geht es aber auch um Fakten, auch wenn diese vielleicht nicht leicht zugänglich sind. Die Diskussion darüber, wie die Versorgung an unterschiedlichen Orten tatsächlich aussieht, ist oft von Impressionen, Einzelfällen und Ideologien geprägt (natürlich auch von materiellen und anderen Eigeninteressen, aber das ist ein anderes Thema). Empirische Daten werden eher selten bemüht, was unter anderem auch den Grund hat, dass diese häufig gar nicht existieren. Während es relativ leicht ist, detaillierte, aber therapeutisch kaum nutzbare Informationen über komplexe Neurotransmitterveränderungen bei bestimmten psychischen Erkrankungen nachzulesen, ist es zum Beispiel sehr viel schwerer – wenn nicht gar unmöglich –, simple Daten über die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten in Frankreich oder Schweden im Jahre 2007 herauszufinden. Bei spezifischeren Fragestellungen wird die Datenlage noch problematischer. Wer weiß zum Beispiel schon, wie viele Patienten mit bipolaren Störungen und Alkoholproblemen 2007 in Deutschland in Einrichtungen des Betreuten Wohnens behandelt wurden, seit welchem Zeitraum und mit welchen Behandlungszielen, und ob diese Ziele erreicht wurden? Weder öffentliche noch fachöffentliche Diskussionen können sich auf eine große Menge verlässlicher Daten stützen. Das vorliegende Buch ist besonders wertvoll in der Darstellung, wie sich psychiatrische Versorgung nicht nur regional, sondern auch international unterscheidet. Die europäische Dimension bietet ja eine vielfältige, aber noch zu selten genutzte Möglichkeit, Ansätze und Ergebnisse zu vergleichen. Die meisten Länder in Europa teilen das Prinzip einer gesellschaftlichen Verpflichtung zu einer humanen und effektiven psychiatrischen Versorgung, im Wesentlichen getragen von einer umfassenden medizinischen Versorgung und dem staatlich organisierten sozialen Unterstützungssystem. Wie das aber in der Praxis umgesetzt wird, unterscheidet sich zum Teil erheblich. So lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede eruieren, um von einander zu lernen und die besten Ansätze zu fördern. Das ist leichter gesagt als getan.

Wer immer versucht hat, das Gesundheitssystem eines anderen Landes zu verstehen, mag die Erfahrung gemacht haben, dass jede erhaltene Information unmittelbar weitere Fragen aufgeworfen hat, und am Ende nur die Erkenntnis blieb, dass das System des anderen Lan-

des eben doch ganz anders als das eigene sei. Gesundheitssysteme unterscheiden sich nicht nur in der Art, wie Details konkret organisiert werden, sondern diese Organisationsunterschiede beruhen häufig auf unterschiedlichen Denkweisen und Ansichten, die wiederum in der jeweiligen Kultur, Sprache und Tradition verwurzelt sind. Das lässt sich nicht leicht auf eine einzige Terminologie – notgedrungen in der Sprache des jeweiligen Betrachters – reduzieren und noch weniger in Tabellen ausdrücken. Diese Schwierigkeiten des internationalen Vergleichs müssen immer berücksichtigt werden – und die Autoren des vorliegenden Buches tun dies auch –, können aber natürlich kein Grund sein, das Unterfangen des Vergleiches gar nicht erst zu starten.

Vor diesem Hintergrund ist es den Autoren des vorliegenden Werkes hoch anzurechnen, dass sie sich auf den mühsamen Weg gemacht haben, aus unterschiedlichen Quellen Informationen über verschiedene Modelle psychiatrischer Versorgung zusammenzutragen. Es stellt Modelle und Entwicklungen in den zum Verständnis unabdingbaren historischen Kontext und enthält Erklärungen zu vielen der dargestellten Informationen. Das Resultat ist eine Zusammenstellung von Informationen und Daten, die in dieser Form neu ist und die Diskussion insbesondere in der Fachöffentlichkeit bereichern kann.

Der aufmerksame und interessierte Leser wird in dem Buch viele Anregungen und ‚harte Fakten‘ finden. Wenn er am Ende mit mehr offenen Fragen als zuvor dastehen sollte, wäre das gut so und sicher ein lohnender Verdienst des Buches. Die zukünftige Forschung zur psychiatrischen Versorgung und die Debatte um ihre Weiterentwicklung brauchen zunächst einmal klare und präzise Fragen sowie Menschen mit Interesse an der Verbesserung der Versorgung und hinreichendem Kenntnisstand darüber, was bisher erreicht wurde und was nicht. Wir hoffen sehr, dass das Buch beim Leser beides erreichen kann: Kenntnisse vermitteln und Fragen präzisieren.

Stefan Priebe und Heinrich Kunze

London/Kassel im Januar 2008

# Inhalt

Vorwort .....	5
Autorenadressen .....	13
Danksagungen .....	15
<b>1 Einleitung und Kontext</b> .....	17
1.1 Einführung .....	17
1.2 Aufbau des Buches .....	18
1.3 Kontext für Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie .....	19
1.3.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Europa .....	19
1.3.2 Politisches Gewicht und europäische Perspektive: Grünbuch, europäische Erklärung und Aktionsplan .....	19
1.3.3 Politisch-planerische Rahmenüberlegungen – gibt es Zielformulierungen? .....	24
1.4 Schluss .....	31
<b>2 Historische Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung</b> .....	32
2.1 Frühe Formen der Versorgung .....	32
2.2 Das 19. Jahrhundert .....	35
2.3 Nationalsozialismus .....	37
2.4 Die Zeit nach 1945 .....	38
2.4.1 Zwischen „Euthanasie“ und Reform .....	39
2.4.2 Psychiatrie-Enquête und Rodewischer Thesen .....	40
2.4.3 Psychiatriereform und Demokratisierung im Zeichen von 1968 .....	41
2.4.4 Reformalltag und -analysen im interregionalen Vergleich .....	42
2.5 Schluss .....	43
<b>3 Bevölkerungsbezogene Indikatoren psychiatrischer Versorgung – Phänomene der Transinstitutionalisierung</b> .....	45
3.1 Ausgangslage .....	45
3.1.1 Deinstitutionalisierung als Kontext .....	45
3.1.2 Reinstitutionalisierung .....	46
3.1.3 Transinstitutionalisierung .....	47
3.1.4 Planung angemessener Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen .....	48
3.2 Fragestellung .....	48
3.3 Messziffern zur Abbildung einer Versorgungsregion .....	49
3.4 Aktuelle Richtwerte .....	49
3.5 Situation und Planung in europäischen Ländern .....	51

3.5.1	Situation in England unter spezieller Berücksichtigung von London ...	51
3.5.2	Situation und Planung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Bundeslandes Hessen.....	52
3.5.3	Psychiatrieplanung in Niederösterreich .....	55
3.5.4	Psychiatrieplanung in Luxemburg .....	57
3.5.5	Psychiatrieplanung in der Schweiz .....	57
3.5.6	Zusammenfassung: Versorgungssituation in Europa .....	59
3.6	Kanton Bern .....	61
3.6.1	Aktuelle Situation .....	61
3.6.2	Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Versorgungsbausteinen .	63
3.6.3	Modellszenarien für eine zukünftige Psychiatrie-Versorgung: das Beispiel des Kantons Bern .....	64
3.7	Schluss .....	68
<b>4</b>	<b>Organisation und Steuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland.....</b>	<b>73</b>
4.1	Finanzierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste .....	74
4.2	Arten der Finanzierung.....	76
4.2.1	Gesetzliche Krankenversicherung.....	76
4.2.2	Private Krankenversicherung .....	78
4.2.3	Andere Finanzierungsquellen – Steuern .....	78
4.2.4	Sozialwesen .....	79
4.2.5	Private Leistungen – Selbstbeteiligungen .....	79
4.2.6	Pflegeversicherung .....	80
4.2.7	Arbeitslosenversicherung.....	81
4.3	Psychiatrische Dienste und ihre Vergütung .....	81
4.3.1	Stationäre und teilstationäre Versorgung.....	81
4.3.2	Ambulante ärztliche Versorgung.....	87
4.3.3	Ambulante ärztliche und psychologische Psychotherapie.....	91
4.3.4	Institutsambulanzen .....	92
4.3.5	Sozialpsychiatrische Dienste und Gesundheitsämter .....	93
4.3.6	Ambulante Soziotherapie .....	95
4.3.7	Krankenpflege.....	96
4.3.8	Rehabilitation .....	97
4.3.9	Wohnen.....	99
4.3.10	Tageszentren und Tagesstätten .....	100
4.3.11	Andere Dienste mit Bezug zur Psychiatrie .....	100
4.4	Ausgaben und allgemeine Steuerungsversuche .....	101
4.4.1	Ausgaben als finanzielle Inputs .....	101
4.4.2	Ausgabenstruktur .....	102
4.5	Ansätze zur Bedarfsdeckung.....	106
4.5.1	Behandlungs- und Versorgungsbedarf.....	106
4.5.2	Gesetzliche Vorgaben und Umsetzung .....	107
4.5.3	Gemeindepsychiatrischer Verbund.....	108
4.6	Ansätze Integrierter Versorgung und Steuerung .....	109
4.7	Schluss .....	111

<b>5</b>	<b>Nutzerbeteiligung in der psychiatrischen Versorgung</b> .....	113
5.1	Nutzereinbezug in der individuellen Behandlungsplanung .....	114
5.2	Qualitätsentwicklung psychiatrischer Angebote .....	115
5.2.1	Anstellung von Betroffenen .....	116
5.3	Nutzereinbezug in der psychiatrischen Versorgungsforschung.....	118
5.4	Politische Interessensvertretung.....	119
5.5	Diskussion.....	120
5.5.1	Autonomie vs. Fürsorge.....	120
5.5.2	Repräsentativität .....	120
5.5.3	Konsequenzen des Nutzereinbezugs .....	121
5.5.4	Einstellungen gegenüber dem Konzept .....	122
5.5.5	Praktische Probleme .....	123
5.6	Schluss .....	124
<b>6</b>	<b>Module psychiatrischer Versorgung und deren Evaluation</b> .....	125
6.1	Darstellung einzelner Ansätze .....	125
6.1.1	Assertive Community Treatment .....	125
6.1.2	Tagesklinik.....	126
6.1.3	Home Treatment .....	127
6.1.4	Community Mental Health Teams.....	127
6.1.5	Soziotherapie.....	128
6.1.6	Psychiatrische Institutsambulanz .....	129
6.1.7	Sozialpsychiatrische Dienste.....	129
6.1.8	Case Management.....	130
6.2	Zusammenschau (Unterschiede und Gemeinsamkeiten) .....	131
6.3	Schluss .....	134
<b>7</b>	<b>Internationale Perspektive – Europäische Trends und vergleichende Betrachtung</b> .....	136
7.1	Deinstitutionalisierung und ihre Folgen .....	136
7.1.1	Ökonomische Auswirkungen der Verlagerung der psychiatrischen Versorgung aus Institutionen in die Gemeinde.....	138
7.1.2	Psychische Krankheit und Gewalt .....	139
7.2	Psychiatriepolitik weltweit .....	140
7.3	Methoden zur Beschreibung der Strukturqualität psychiatrischer Versorgungssysteme.....	143
7.4	Psychiatriepolitik in Europa .....	144
7.5	Ergebnisqualität psychiatrischer Versorgung in Europa .....	146
7.6	Schluss .....	148
<b>8</b>	<b>Schlaglichter auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien und England</b> .....	150
8.1	Schlaglicht 1: Italien .....	150
8.1.1	Historische Entwicklung der psychiatrischen Versorgung nach 1945 ..	150
8.1.2	Aktuelle Organisation der psychiatrischen Versorgung.....	153
8.1.3	Aktuelle Finanzierung psychiatrischer Versorgung.....	155
8.1.4	Stand der Umsetzung der Reformen .....	156

## *Inhalt*

8.1.5	Die Qualitätsbewertung der psychiatrischen Versorgung.....	158
8.1.6	Diskussion .....	159
8.2	Schlaglicht 2: England und Wales .....	160
8.2.1	Historische Entwicklung .....	160
8.2.2	Organisation und Finanzierung.....	161
8.2.3	Struktur der psychiatrischen Versorgung.....	163
8.2.4	Qualität der psychiatrischen Versorgung.....	165
8.2.5	Diskussion .....	166
8.3	Schluss .....	167
9	Trends und Perspektiven psychiatrischer Versorgungsmodelle .....	169
	<b>Literatur</b> .....	175
	<b>Abkürzungen</b> .....	194
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	196

*„All models are wrong, but some are useful.“*

G.E.P. Box 1979



# Autorenadressen

Prof. Dr. med. Thomas Becker,  
Dr. phil. Bernd Puschner, Silvia Krumm MA soz.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
der Universität Ulm  
Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D-89312 Günzburg

PD Dr. med. Holger Hoffmann  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
Murtenstrasse 46  
Postfach 52  
CH-3000 Bern 10

PD Dr. phil. Florian Steger  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg  
Glückstraße 10  
D-91054 Erlangen

Dr. med. Dr. P. H. Stefan Weinmann  
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und  
Gesundheitsökonomie Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Luisenstraße 57  
D-10117 Berlin



# Danksagungen

Das vorliegende Buch ist in Teamarbeit entstanden. Es gab Zeiten, in denen wir nur noch die große zeitliche Verzögerung sahen. Aber dann hat jemand aus dem Kreis der Beteiligten den Faden wieder aufgenommen.

Zur Arbeitsverteilung bei der Arbeit am Buch: Für Kapitel 1, 7 und 8 hatte Thomas Becker die Federführung inne. Kapitel 2 geht auf Florian Steger zurück. Kapitel 3 hat Holger Hoffmann erarbeitet, Kapitel 4 ist durch Stefan Weinmann entstanden. Kapitel 5 verdanken wir Silvia Krumm, bei Kapitel 6 und 9 war Bernd Puschner federführend.

Dank für Anregungen zum Kapitel 3 geht an Herrn J. Binder, Fachstelle Psychiatrie der GEF Bern; Prof. Dr. H.D. Brenner, Bern; Dr. P. Denk und Frau Mag. B. Weibold, Gugging; Prof. Dr. B. Eikelmann, Karlsruhe; Prof. Dr. W. Felder, Bern; Prof. Dr. H. Katschnig, Wien; Prof. Dr. H. Kunze, Bad Emstal/Kassel; Prof. Dr. W. Rössler, Zürich; Prof. Dr. St. Priebe, London, und Prof. Dr. W.K. Strik, Bern. Für die Kapitel 4 und 7 waren Hilfe und Hinweise von Hans Joachim Salize, Mannheim, sowie Heinrich Kunze, Bad Emstal/Kassel, wichtig.

Unser Dank für vielfältige Arbeit an und Hilfe mit den Quellen, Texten, Tabellen, Abbildungen und Referenzen gilt Frau Susanne Becker, Frau Monika Erath, Frau Anita Lewandowski sowie Frau Bettina Röth, Mitarbeiterinnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm.

Frau Beate Dillinger, Günzburg/Ulm, hat immer Mut gemacht, mit großer Geduld geholfen und den langwierigen Prozess der Erstellung des Buchmanuskripts zusammengehalten. Dafür gilt ihr unser aufrichtiger Dank. Ihre nachhaltige Unterstützung war ebenso essentiell wie die enorme Geduld und durchgehende Unterstützung durch Herrn Dr. Ruprecht Poengen beim Kohlhammer Verlag, dem wir dafür herzlich danken. Wir sind froh, dass das Projekt mit Hilfe aller Genannten zu einem guten Abschluss gekommen ist.

Schließlich geht unser Dank an Professor Michele Tansella, Verona, dem wir das Zitat verdanken, das am Anfang des Buches steht.

Thomas Becker, Holger Hoffmann, Bernd Puschner und Stefan Weinmann  
Günzburg, Ulm und Bern, im Mai 2007



# 1 Einleitung und Kontext

## 1.1 Einführung

Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit Modellen psychiatrischer Versorgung. Bei diesem Unterfangen war es wichtig, die Grenzen der Themenstellung im Blick zu haben. Die Art und der Ort der Erbringung psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfeleistungen sind nicht *die Hilfe* selbst, sondern stellen den *Rahmen* dar, in dem Hilfeleistungen wirksam werden. Die Person oder (in der Regel) die Personen, welche die Hilfen erbringen, sind eng mit Erfolg oder Misserfolg der Behandlung verbunden. Die Güte ihrer Ausbildung, ihre klinische Erfahrung, Fertigkeiten in der Beziehungsaufnahme, die psychotherapeutische Kompetenz und Teamfähigkeit sind für den Behandlungserfolg wesentlich. Die in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen blicken jeweils auf eine lange Tradition ihrer klinischen Arbeit zurück. Diese hat zum einen berufsgebundene Aspekte. So ist die ärztlich-therapeutische Tradition mit der Geschichte des medizinischen Faches Psychiatrie, für die Pflegeberufe mit der Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege als Subdisziplin verbunden. Zum anderen ist die therapeutische Grundorientierung (das therapeutische Paradigma) in der Psychiatrie immer auch ein fachübergreifendes Phänomen, das Berufsgruppen-Grenzen überschreitet und die gemeinsamen Grundvorstellungen einer therapeutischen Kultur reflektiert. Die klinische Psychiatrie, klinische Psychologie und psychiatrische Pflege sowie die Ergotherapie und Sozialpädagogik bzw. psychiatrische Sozialarbeit haben

eigene Methoden und Ansätze in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt. Das therapeutische Milieu, das *Setting*, in dem Hilfeleistungen erbracht werden, ist aber auch berufsgruppenübergreifend für die psychiatrische Behandlung wichtig. Das *Setting* besteht aus den in der Psychiatrie Tätigen, den Räumen, in denen sie arbeiten, der Organisationsform, die sie ihrer Arbeit geben, den Orten und der Frequenz, an denen bzw. mit der sie Termine vereinbaren, Diagnosen stellen, psychosoziale Problemstellungen erkennen und Hilfsangebote machen. Die Eigenschaften des therapeutischen Settings umfassen die Formen des Dialogs sowie die klinischen, pharmakologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Konzepte, die den Gesprächen, der Beziehungsgestaltung und den Interventionen im psychiatrischen Alltag zugrunde liegen.

Die Beschäftigung mit diesen wichtigen Wirkkomponenten des Psychiatrie-Alltags deckt sich jedoch nur in Teilen mit der Beschreibung von „Versorgungsmodellen“ in Psychiatrie und Psychotherapie. Mit den Versorgungsmodellen ist die Form angesprochen, in der ambulante, stationäre oder gemeindepsychiatrische Leistungen erbracht werden. Diese kann sich in vieler Hinsicht unterscheiden, z. B. nach dem Ort des Geschehens, der Patienten-Mitarbeiter-Relation, der Häufigkeit der Kontakte, der Indikations- und Aufgabenstellung des therapeutischen Teams sowie nach der Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Angeboten oder Komponenten im Hilfesystem. Die Begrenztheit solcher „Modelle“ hat Thor-

nicroft (2000) deutlich gemacht, indem er ausführt, dass gemeindepsychiatrische Behandlung („community care“) ...

„... is a service delivery vehicle. It can allow treatment to be offered to a patient, but is not the treatment itself. This distinction is important, as the actual ingredients of treatment have been insufficiently emphasized.“

## 1.2 Aufbau des Buches

Schwerpunkt des vorliegenden Buchs ist die Darstellung konzeptueller Grundlagen des psychiatrischen Versorgungssystems. Hierbei kann keine lückenlose Beschreibung psychiatrischer Versorgung geleistet werden. So wurde auf eine Darstellung essentieller Bereiche wie z. B. die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen verzichtet.

Auf das Thema hinleitend werden im dritten Teil dieses Kapitels Hintergrund-Variablen geschildert, die für die Gestaltung psychiatrischer Versorgungssysteme bedeutsam sind. Dies sind Befunde zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen, internationale Empfehlungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen, sowie Gesundheitsziele. Die verfügbare Versorgung geht nicht bruchlos aus Konzepten, Büchern, Artikeln oder Leitlinien hervor. Vielmehr sind die Institutionen der Psychiatrie in der Geschichte entstanden, gewachsen, in Krisen geraten – und Teilsysteme können durchaus auch verschwinden. Sie haben sich historisch aus Vorbestehendem entwickelt oder sind an dessen Stelle getreten – und nur in dieser Perspektive können sie verstanden werden. So widmet sich Kapitel 2 des Buches der Darstellung der historischen Entwicklung der psychiat-

rischen Versorgung in europäischen Ländern mit dem Schwerpunkt Deutschland. Das Gespräch über Versorgungsmodelle ist immer auch mit der Frage nach „Indices“, z. B. „Bettenmessziffern“ oder anderen Anhaltzahlen für eine angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verknüpft. Daher werden in Kapitel 3 aktuelle Befunde zur Planung von Behandlungssystemen und Planungs-Indikatoren zusammengefasst und diskutiert. Kapitel 4 wirft einen „systemischen“ Blick auf das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland sowie auf seine Steuerung. Es versucht, Steuerungsmechanismen zu identifizieren, die berücksichtigt werden müssen, wenn die internationalen Befunde und Evidenzen zu Versorgungsmodellen in Diskussionen über die Psychiatrie-Versorgung in Deutschland herangezogen werden. Kapitel 5 beschreibt und diskutiert Formen und Bedeutung der Nutzerbeteiligung in der psychiatrischen Versorgung und in der Gestaltung psychiatrischer Versorgungsangebote. Eine Reihe methodischer Grenzen internationaler Forschung wird schließlich in Kapitel 6 bei der Zusammenfassung der Studienergebnisse zu viel diskutierten Versorgungsbestandteilen wie „Assertive Community Treatment“ oder „Home Treatment“ deutlich. Die Thematik ist wichtig für das Verständnis der Diskrepanz zwischen Wissenserwerb (Studien) und Anwendung (Praxis) (Girolamo und Neri 2007). In Kapitel 7 werden internationale Trends der psychiatrischen Versorgung mit Schwerpunkt Europa berichtet. Dieses Thema wird in Kapitel 8 weiter vertieft, indem die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien und England ausführlicher geschildert wird. Abschließend werden in Kapitel 9 wichtige Themen und Probleme in der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsmodelle diskutiert.

## 1.3 Kontext für Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie

### 1.3.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Europa

Es wird geschätzt, dass über 80 Millionen Menschen in der Europäischen Union (EU) im Verlauf eines Jahres an Erkrankungen aus der breiten Kategorie von „Hirnerkrankungen“ oder neuropsychiatrischen Erkrankungen leiden (Wittchen und Jacobi 2005). Bei den Prävalenzraten führen Angststörungen, depressive Erkrankungen, somatoforme Störungen und Substanzabhängigkeiten. Die Inanspruchnahmerate professioneller Hilfesysteme liegt bei ca. 26 %, was auf einen erheblichen ungedeckten Behandlungsbedarf hinweist. Wird das Lebenszeitrisiko für mindestens eine psychische Störung zugrunde gelegt, so gibt es Hinweise, dass ca. 50 % der EU-Bevölkerung betroffen sind. Von der Gesamtlast der mit Behinderung gelebten Lebensjahre (sog. „disability adjusted life years“ – DALYs), die mit allen medizinischen Erkrankungen assoziiert sind, sind mehr als 25 % durch eine kleine Anzahl von psychischen Störungen begründet. Wegen hoher Komorbiditätsraten, erheblicher soziodemographischer und sozioökonomischer Unterschiede und aufgrund begrenzter Rückschlussmöglichkeit von DALYs auf konkrete Behandlungskosten sind die Generalisierbarkeit und der praktische Planungsnutzen solcher Daten begrenzt. Ein Großteil der geschätzten jährlichen Ausgaben von 290 Milliarden Euro Jahres-Kosten für psychische Störungen ist nicht auf Gesundheits(leistungs-)kosten, sondern auf indirekte Kosten (wie z. B. Produktivitätsverluste) zurückzuführen. Die größten ungedeckten Hilfebedarfe sind in den neuen EU-Mitgliedsstaaten, bei Heranwachsenden und bei

älteren Menschen zu finden (Wittchen und Jacobi 2005).

Es gibt Hinweise darauf, dass psychische Erkrankungen zunehmen. Inzwischen sind sie der häufigste Grund für Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten und eine im Anstieg begriffene Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage (Bührig 2005). Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Frühberentungen hat sich seit 1995 auf 29,2 % nahezu verdreifacht (Verband deutscher Rentenversicherungsträger 2002). Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Krankheiten hat zwischen 1997 und 2001 um über 50 % zugenommen (Deutsche Angestelltenkrankenkasse 2002). Nach mehreren Jahrzehnten der Psychiatriereform ist die soziale Situation von arbeitsfähigen Menschen mit psychischen Erkrankungen von Arbeitslosigkeit, finanzieller Überschuldung und sozialer Isolation gekennzeichnet (Eikelmann und Harter 2006).

### 1.3.2 Politisches Gewicht und europäische Perspektive: Grünbuch, europäische Erklärung und Aktionsplan

Unter der Überschrift „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2005) hat die Europäische Kommission im Oktober 2005 ein „Grünbuch“ veröffentlicht.

Darin wird die psychische Gesundheit als wichtiger Faktor bei der Realisierung strategischer EU-Ziele betrachtet, z. B. um Europa auf den Weg zu langfristigem Wohlstand zu bringen, das europäische Engagement für Solidarität und soziale Gerechtigkeit zu stärken und die Lebensqualität der Bürger Europas spürbar anzuheben. Das Grünbuch stellt fest, dass psychische Erkrankungen jeden

**Das „Grünbuch“ der EU – wesentliche Aussagen zusammengefasst:**

**1. Einführung (insgesamt 8 Kapitel)**

Psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung verbesserungsbedürftig (jeder vierte Bürger betroffen; Suizide; Kosten, Belastung des Wirtschafts-, Sozial- und Bildungssystem; Stigmatisierung, Diskriminierung, Menschenrechte)

- Ziele
  - EU-Strategie zur Förderung psychischer Gesundheit
  - Debatte zur psychischen Gesundheit in Europäischen Institutionen, Regierungen, Gesundheitsberufen, bei Stakeholdern, in anderen Sektoren

**2. Psychische Gesundheit – wichtig für den Einzelnen, für die Gesellschaft und für die Politik**

- Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit
  - Einzelne Bürger: Voraussetzung für Verwirklichung ihrer Potenziale
  - Gesamtgesellschaftlich: Beitrag zu Wohlstand, Solidarität und sozialer Gerechtigkeit
- Psychische Erkrankungen
  - Vielfältige Kosten und finanzielle Verluste
  - Belastung für Bürger und Gesellschaftssysteme

**3. Gegenwärtige Situation: Psychische Erkrankungen**

- zunehmende Belastung für die EU
- Mehr als 27 % erwachsener Europäer leiden mindestens 1x im Leben unter psychischen Störungen
- Angst und Depression häufigste psychische Störungen
- In Industriestaaten bis 2020 Depressionen zweithäufigste Erkrankung
- In EU jährlich 58.000 Todesfälle durch Suizid
- Kosten psychischer Erkrankungen ca. 3–4% des Bruttoinlandprodukts
- Soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung

**4. Antwort der Politik:**

Initiativen zur Förderung psychischer Gesundheit

- Europäische ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, Januar 2005
- Umfassender Ansatz mit
  - a) Behandlung und Pflege von Einzelpersonen
  - b) Förderung psychischer Gesundheit in der Gesamtbevölkerung

4.1 Rolle, Mandat und Aktivitäten der EU im Bereich psychische Gesundheit (EU Aktionsprogramm Public Health 2003–2008, Nichtdiskriminierungsrichtlinien, Forschungsrahmen-Programme usw.)

4.2 Psychische Gesundheit in Mitgliedstaaten (erhebliche Varianz zwischen den Mitgliedstaaten, z. B. Suizidrate, Austausch und Kooperation zwischen Mitgliedstaaten)

**5. Nutzen einer EU-Strategie für psychische Gesundheit:**

- (1) Rahmen für Austausch und Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten
- (2) Steigerung der Kohärenz von Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen