

Kurzfristig ausgerichtete Begehrlichkeiten der Leistungserbringer und ebenso kurzfristig ausgerichtetes Sparverhalten der Kostenträger bestimmen das Geschehen im Gesundheitswesen und verhindern so Konzepte, die mittel- und langfristig erhebliche Kosteneinsparungen bewirken könnten!

Eine "neue Psychiatriepolitik" - so die erklärte Absicht - muss hier ansetzen; und dabei geht es nicht unbedingt um mehr Geld, sondern um den effektiveren Einsatz des vorhandenen Geldes.

Bezogen auf die psychiatrische Versorgung heißt das u. a. :

1. Prävention - Vorbeugen ist besser (und billiger) als Heilen

Beispiele:

a) Kürzere Verweilzeiten in der Klinik (begrenzt auf Krisenbewältigung) bedingen eine adäquate Nachsorge, um Rückfällen vorzubeugen; dazu muss die Zusammenarbeit Klinik/ niedergelassener Psychiater gewährleistet sein; das Umfeld, insbes. die Angehörigen, bei denen der Betroffene lebt, müssen einbezogen werden. Das bedeutet kurzfristig Mehraufwand (z.B. Familientherapie), kann aber langfristig kostenträchtige Klinikaufenthalte vermeiden.

b) Betreutes Wohnen kann ein geeignetes Mittel sein, den Betroffenen wieder in ein normales Leben zurückzuführen, vorausgesetzt, die Intensität der Betreuung wird dem individuellen Betreuungsbedarf angepasst. - Die derzeitige Praxis sieht allerdings anders aus: pauschale Betreuungsschlüssel verhindern eine angemessene Betreuung und führen oft zu Rückfällen, d. h. damit verbundenen höheren Kosten.

2. "Ambulant vor stationär" setzt ein vor- und nachsorgendes Hilfenetz voraus

Ein richtiges Prinzip scheitert, wenn für dessen Umsetzung die Voraussetzungen fehlen!

Beispiele:

a) Eine angemessene ambulante Behandlung durch niedergelassene Psychiater als wesentlicher Faktor der ambulanten Versorgung scheitert am zu geringen Budget, das intensive Gespräche, die Einbeziehung der Angehörigen und aufsuchende Hilfe finanziell nicht abdeckt.

b) Ein weiteres wesentliches Element der ambulanten Versorgung sind aufsuchende Hilfen insbesondere für chronische und anders nicht erreichbare Patienten (wie etwa Obdachlose). Diese Hilfen gehören zu einer gemeindenahen und flächendeckenden Grundversorgung. Die personelle Ausdünnung der Sozialpsychiatrischen Dienste hat die insoweit bestehenden Defizite noch verstärkt. Die Folge: statt vorzubeugen wird gewartet, bis eine Klinikeinweisung nicht mehr zu vermeiden ist.

3. "Personzentrierte Hilfe" (Hilfeplanung, Integrierte Versorgung)

Gute Ideen und Konzepte, die hinter diesen vielversprechenden Begriffen stehen, werden nicht umgesetzt ("Futterneid" der Leistungserbringer; "Verschiebebahnhöfe" der Kostenträger). Die mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund beabsichtigte stärkere Vernetzung aller Akteure über Leistungs- und Kostenträgergrenzen hinweg muss erfolgen. Damit wird eine "personenzentrierte" (also dem individuellen Bedarf angepasste) Behandlung ermöglicht, die Doppelspurigkeiten bzw. Fehleinweisungen und damit unnötige Kosten vermeidet (Beispiel "Doppeldiagnose").

4. Inklusionsgebot der UN-BRK heißt insbesondere sinnvolle Beschäftigung

Geringe Vermittlungserfolge der Integrationsfachdienste, unbefriedigende Beschäftigungen in Werkstätten für behinderte Menschen und zu wenig tagesstrukturierende Angebote (wie Treffpunkte, Tagesstätten) bedeuten für viele Betroffene Untätigkeit und Perspektivlosigkeit. Für "unterstützte Beschäftigung" gibt es eine ganze Reihe von in Einzelfällen erfolgreich praktizierten Modellen, deren Umsetzung auf breiter Basis bisher an der Finanzierung scheitert. Auch hier gilt: hierfür aufgewendete Kosten können, da sie stabilisierend wirken, Rückfälle und höhere Kosten vermeiden.

5. Betreuende Angehörige - die "3. Säule" der psychiatrischen Versorgung

Neben der ambulanten und stationären Versorgung (professionelle Hilfen) bilden die Angehörigen die 3. Säule in der Versorgung psychisch Kranker. Deren Anteil ist statistisch kaum zu erfassen, sie entlasten den professionellen Sektor jedoch erheblich. Die Kostenträger haben daher ein großes Interesse, dass die Familien diese Funktion dauerhaft wahrnehmen können.

Die Familien tragen die damit verbundenen Belastungen als selbstverständliche Verpflichtung. Dabei stoßen sie allerdings oft an ihre physischen und psychischen Grenzen. Aufgabe einer vorsorgenden Psychiatriepolitik muss es daher sein, die Familien durch Beratungsangebote, aufsuchende Hilfe, Kriseninterventionsdienste und Familientherapie zu unterstützen, um diese 3. Säule der psychiatrischen Versorgung zu stärken. Auch das kostet Geld, spart jedoch langfristig höhere Kosten.

Zusammengefasst:

Das erschreckend kurzfristige und damit kurzsichtige Verhalten der Akteure des Gesundheitswesens verhindert immer wieder die Realisierung von Konzepten, die bei konsequenter Umsetzung erwiesenermaßen auf längere Sicht zu Kosteneinsparungen führen würden. Diese Blockade gilt es zu überwinden. Ein Landespsychiatriebeauftragter sollte hierbei das "Controlling" übernehmen.

Das erwarten und fordern wir Angehörigen von der angekündigten neuen Psychiatriepolitik und vom LPsychKG BW !