

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Vortrag beim Fachtag der Fachverbände für Menschen mit Behinderung „Psychische Störung bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung („Doppeldiagnosen“) als praktische, konzeptionelle und sozialpolitische Herausforderung für die Behindertenhilfe“, Kassel-Wilhelmshöhe, 15.11.2013

Zunächst möchte ich Ihnen einen Überblick geben über die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel am Ev. Krankenhaus Bielefeld, an der ich arbeite, denn darauf beruht ein wesentlicher Teil meiner Überlegungen.

Unsere Klinik ist zuständig für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aller psychisch kranken Bürger und Bürgerinnen der Stadt Bielefeld mit ihren ca. 330 Tausend Einwohnern, das umfasst auch die Klinikbehandlung von geistig behinderten Menschen aus den entsprechenden Stiftungsbereichen der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel.

Unser Klinikum, das Ev. Krankenhaus Bielefeld, ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster sowie Universitätslehrkrankenhaus der Universität Pécs in Ungarn mit ca. 1.700 Betten und 26 Kliniken und Instituten.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel umfasst 316 vollstationäre Betten, 5 Tageskliniken mit 92 Plätzen und 1 große Psychiatrische Institutsambulanz. Wir arbeiten in indikationsbezogenen Schwerpunktbereichen auf der Basis eines integrativen biopsychosozialen Modells psychischer Störungen im multidisziplinären Team.

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Unsere Klinik ist strukturell gegliedert in 6 Abteilungen, nämlich: Allgemeine Psychiatrie I, Allgemeine Psychiatrie II, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, Institutsambulanz mit Konsiliardienst, eine Forschungsabteilung. Wir behandeln in geringem Umfang stationär und ambulant forensische Patienten und verfügen über eine englischsprachige Station zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung erkrankter Soldaten und Angehörige der britischen Armee.

In der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I werden vornehmlich schizophrene, schizoaffektive und bipolar-affektiv erkrankte Patienten und Patientinnen behandelt sowie schwere Persönlichkeitsstörungen. Zu dieser Abteilung gehört auch die Klinik Pniel mit 42 Betten als mittelfristige Behandlungseinrichtung schwerer und chronischer Störungen.

Die Abteilung Allgemeine Psychiatrie II befasst sich mit Kriseninterventionen, depressiven Störungen, Borderline-Störungen, Angst- und somatoforme Störungen sowie Zwangsstörungen.

Die Abteilung Abhängigkeitserkrankungen verfügt über eine Station zur Alkoholdetoxifikation, Krisenintervention sowie einer Psychotherapieeinheit. Des Weiteren verfügen wir über eine Station zum qualifizierten Drogenentzug.

Die Abteilung Gerontopsychiatrie gliedert sich in eine Station für Depression und somatische Komorbidität von älteren Menschen, eine Station für kognitive Störungen, insbesondere Demenzerkrankungen und eine Station für psychotische Störungen.

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Alle Abteilungen verfügen zumindest über eine Tagesklinik.

Einige Zahlen und Fakten sind notwendig, um die Situation unserer Klinik in Bezug auf die Behandlung von geistig Behinderten mit Doppeldiagnosen zu verstehen. Wir haben ca. 6000 Aufnahmen pro Jahr und behandeln in der Psychiatrischen Institutsambulanz ca. 12.000 Patienten und Patientinnen pro Jahr. Zahlreiche Patienten und Patientinnen sind betreute Bewohner Bethels. Es gibt eine hohe Anzahl ehemaliger JVA-Insassen, Bielefeld hat die höchste Platzzahl an Gefangenen in ganz NRW.

3

Unser psychiatrisches Handeln wird neben den wissenschaftlichen Grundlagen wesentlich bestimmt durch das heutige Selbstverständnis psychiatrischer Patienten und Patientinnen, die selbstbewusst und kritisch sind, im Zeitalter der heutigen Medien gut informiert sind über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten, die umfassende Kenntnisse haben über ihre Rechte als Patient und mündiger Bürger, die Experten sind in eigener Sache für die Erkrankung und den eigenen Lebensentwurf und die ihre Behandlung auf Augenhöhe gleichberechtigt mit den Therapeuten verhandeln wollen. Diese Entwicklung vom Arzt geleiteten paternalistischen Behandlungsobjekt zum selbstbestimmten Partner im Behandlungsprozess prägt die moderne Psychiatrie.

Hieraus ist leicht abzuleiten, dass bei der inhaltlichen Struktur der Klinik, der Berücksichtigung des heutigen Selbstverständnisses psychiatrischer Patienten und Patientinnen und unserem enormen Aufnahmedruck, Pa-

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

tienten und Patientinnen mit geistiger Behinderung und möglicherweise einer Doppeldiagnose, keiner der aufgeführten Stationen problemlos bei einer Aufnahme zugeordnet werden können.

Zum Glück verfügt die entsprechenden Stiftungsbereiche in Bethel in den mittel- und langfristigen Einrichtungen über einen eigenen ärztlichen und psychologischen Fachdienst, so dass diese Patientengruppe bei uns hauptsächlich nur zur Krisenintervention aufgenommen werden muss.

Das heißt, die Probleme werden häufig bereits im Heimbereich angegangen und gelöst. Aber wir nehmen auch Patienten auf, die in anderen Einrichtungen in Bielefeld oder in ihren Familien leben.

4

Mit welchen Problemen erfolgt nun eine stationäre Aufnahme in unserer Klinik?

Es handelt sich um

- Unruhe- und Erregungszustände
- Schlafstörungen
- Affektive Störungen wie Verstimmungen oder Gereiztheit
- Impulsivität, Aggressivität, emotionale Labilität
- Autistische Zustandsbilder
- Selbstverletzendes Verhalten
- Anfallsleiden
- Psychotische Zustandsbilder
- Angstzustände unterschiedlicher Zuordnung
- Dissozialen Verhaltensstörungen
- Sexuelle Auffälligkeiten
- Plötzliche Veränderung der Wesensart und des Verhaltens

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Kommen nun Patienten und Patientinnen mit einer geistigen Behinderung oder zusätzlich einer komorbiden Störung zu uns zur Aufnahme, so ergaben sich auf Seiten des Krankenhauses mehrere Probleme:

- Bei der genannten Patientengruppe ist eine Aufklärung wegen der ausgeprägten kognitiven Einschränkungen schwierig,
- Verhaltenstherapeutisches Üben gelingt nur insuffizient, dementsprechende Anleitungen müssen in sehr vereinfachter Sprache und vereinfachtem Vorgehen erfolgen, wobei wir nicht genügend Übung darin haben
- Unser Ansatz, Patienten und Patientinnen auf Augenhöhe zu begegnen ist deutlich erschwert
- Ein pädagogisches Programm für die spezielle Gruppe der geistig Behinderten ist auf unseren Akutstationen, da es sich um eingestreute Einzelfälle handelt kaum zu verwirklichen
- Die Haltung unserer Mitarbeitenden ist wegen des beschriebenen modernen Selbstverständnisses psychisch Kranker eine andere, das Setting auf unseren in der Regel offenen Stationen ist anders, eine strikte Begrenzung ist nur schwer möglich
- Auf den Stationen gibt es einen hohen Durchsatz an Patienten und Patientinnen ohne geistige Behinderung, die durchschnittliche Liegezeit beträgt knapp 16 Tage.
- Die hochakuten Patienten und Patientinnen machen den behinderten Menschen Angst, führen zu Verwirrtheit. Die fremde Umgebung, die fremden Mitpatienten, die fremden Therapeuten führen zu hoher Verunsicherung bei den Menschen mit geistiger

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Behinderung. Es gibt für die Behinderten keine ihnen bekannten festen Routineabläufe, die Sicherheit und Orientierung bieten.

Ein weiteres Problem ist, dass die Klinik von einigen der geistig behinderten Patienten und Patientinnen als etwas Belohnendes angesehen wird, weil hier ständig etwas los ist, weil es spannender und abwechslungsreicher ist als im eigenen Wohn- und Lebensbereich. Diese Patienten und Patientinnen sind dann nur schwer zurückzuverlegen.

Weitere Probleme ergeben sich daraus, dass die Diagnosestellung bei Menschen mit geistiger Behinderung für den Allgemeinpsychiater schwierig ist, vor allem wegen der eingeschränkten Kommunikation und den eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten. Häufig stellt sich die nicht leicht oder gar nicht lösbare Frage, ob die Symptome auf die geistige Behinderung zurückzuführen sind, oder ob es sich um eine Psychose oder ein Trauma in der Vorgeschichte, oder zum Beispiel anders begründete Angstzustände handelt.

In den Zeiten von immer größerer Verdichtung der Arbeit ist es kaum möglich, mit einer für eine Diagnosestellung mit geistig Behinderten notwendigen Zeit zu operieren, zumal es zunächst einmal darum geht, überhaupt in Kontakt zu kommen und eine Beziehung herzustellen.

Fazit: Für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer Komorbidität mit Verhaltensstörungen sind wir nicht optimal eingerichtet. Eine Behandlung ist aber durchaus möglich bei umschriebenen komorbiden Störungen wie Depressionen, Manie, Belastungsstörungen, psychotischen Störungen.

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

In unserer Klinik kommen jedoch geistig behinderte Menschen weniger mit einer dieser umschriebenen psychischen Störungen, wie zum Beispiel einer Depression oder einer Psychose oder einer Angststörung zur Aufnahme, sondern vielmehr im Rahmen von Kriseninterventionen bei Konflikten im Wohnbereich, Unruhe- und Erregungszuständen, Auto- und Fremdaggressivität, dissozialen und kriminellen Handlungen, sexuellen Auffälligkeiten.

Dabei handelt es sich häufig um angespannte Patienten und Patientinnen mit Eigen- oder Fremdgefährdung.

Prinzipiell sind in der Zusammenarbeit zwischen mittel- und längerfristigem Bereich in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischen Krankenhäusern unterschiedliche Modelle denkbar:

Für Menschen mit leichter und mittelgradiger Behinderung ist eine Behandlung in der psychiatrischen Regelversorgung aus meiner Sicht durchaus denkbar, bei entsprechender Offenheit der Mitarbeitenden und entsprechender Weiterbildung in der sogenannten „leichten Sprache“, die die speziellen Probleme der geistig Behinderten berücksichtigt. Ein Beispiel ist hier der Satz eines Arztes zu einem Patienten mit geistiger Behinderung: „Wir machen jetzt einen Blutspiegel“. Im Verständnis eines Behinderten kann das durchaus zu der Befürchtung führen „jetzt kommt der Spiegel in das Blut“, evtl. zersplittert mit dementsprechenden Angstzuständen. Ähnliches ist es zum Beispiel bei dem Satz: „Wir machen jetzt ein Röntgenbild“.

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Auch hieraus können sich bei den betroffenen Patienten und Patientinnen große Ängste entwickeln, weil diese den Satz nicht verstehen.

Die Behandlung in der psychiatrischen Regelversorgung für Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen Behinderung entspräche der in vielen Bereichen mit Recht geforderten Inklusion. Lediglich für Patienten und Patientinnen mit schwerer bis schwerster geistiger Behinderung müsste, wie bei uns in der Klinik für Behindertenmedizin in Mara, ein spezielles Behandlungssetting geboten werden. Eine eigene Station für Menschen mit leichter und mittelgradiger geistiger Behinderung erscheint aus meiner Sicht eher nicht notwendig, aber ein entsprechendes Know how bei den in Frage kommenden Stationen erforderlich.

8

Für Patienten und Patientinnen mit einer schwereren geistigen Behinderung sind wir in Bethel somatisch gut aufgestellt mit der Klinik für Behindertenmedizin Mara, die internistisch, chirurgisch und mit unserer konsiliarischen Unterstützung in Einzelfällen auch psychiatrisch Menschen mit geistiger Behinderung behandelt mit einer entsprechenden Personalausstattung.

Denkbar ist auch die Implementierung von einigen wenigen Notbetten in einer Einrichtung des längerfristigen Bereiches als Krisenmanagement, um Konflikte zu entzerren und nicht dafür die Klinik zu nutzen. Unübersehbar ist, dass personelle Engpässe in den mittel- bis längerfristigen Bereichen die Krisenanfälligkeit deutlich erhöhen mit dementsprechend

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

erhöhter Inanspruchnahme der Klinik. Dies würde bei der Implementation von Krisenbetten in den Einrichtungen selbst entfallen.

Viel zu wenig genutzt wird meiner Meinung nach die Möglichkeit von Helfer- und Fallkonferenzen in den Einrichtungen, unter Beteiligung der zuständigen psychiatrischen Klinik zur gemeinsamen Entwicklung individueller Therapieprogramme.

In dem Krankenhaus Elisabeth-Herzberge zu Berlin, einer Klinik die ebenfalls zu den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel gehört, gibt es ein spezielles Behandlungsangebot für geistig Behinderte, mit einer eigenen stationären Einheit. Die Probleme dort sind nach Aussagen des leitenden Oberarztes zunächst einmal formal, dass die geistige Behinderung weder im PEPP-System noch im DRG-System abgebildet wird und gegenüber den Krankenkassen eine komorbide Störung gem. ICD-10 gefunden werden muss.

Inhaltlich ist es nach den dortigen Erfahrungen so, dass die behinderten Patienten und Patientinnen bis zu 14 Tage benötigen, um von ihrer gewohnten Einrichtung auf der neuen Station anzukommen, bis sie aus einer Art „Schockstarre“ nach der Verlegung, sich an die neue Umgebung, die eher unruhige Stationsatmosphäre und die neuen Menschen (Behandler und Mitpatienten) gewöhnt haben. Die Station ist mit zusätzlichem Personal ausgestattet, wie Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspädagogen, mit fundierten Kenntnissen in der Entwicklungspsy-

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

chologie, geschult in der bereits oben erwähnte notwendigen „leichten Sprache“.

Außer der sprachlichen Barrierefreiheit wird im KEH auch dem Gesichtspunkt der körperlichen Barrierefreiheit Rechnung getragen, da häufig zu den geistigen Behinderungen auch zusätzliche körperliche Erkrankungen hinzutreten. Die psychiatrische Komorbidität, zusammen mit einer häufig anzutreffenden somatischen Komorbidität, erfordert eine Multidisziplinarität in einem engmaschigen Liaisondienst, zum Beispiel mit immer demselben Facharzt für Zahnheilkunde oder immer demselben Internisten, da die Patienten und Patientinnen bei zu viel Wechsel schnell hochgradig verunsichert und ängstlich sind.

10

Andere Länder, wie zum Beispiel England, sind in der psychiatrischen Versorgung geistig behinderter Menschen weit fortgeschrittener als wir in Deutschland. So gibt es in England zum Beispiel den „Facharzt für Psychiatrie für Menschen mit geistiger Behinderung“, der mit einem spezialisierten Team mit pädagogischer Grundhaltung und Ausbildung vornehmlich über einen Liaisondienst Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Komborbiditäten vor Ort behandelt.

Fazit: Menschen mit geistiger Behinderung neigen in Folge von Hirnschädigung, einer zusätzlichen anderen Benachteiligung und anders verlaufenden Sozialisationsprozessen, häufiger als Menschen ohne geistige Behinderung zu psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen.

Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von psychiatrischen Krankenhäusern

Für die klinische Behandlung können unterschiedliche Modelle, je nach den lokalen Gegebenheiten sinnvoll sein, aber sie müssen alle den geschilderten Besonderheiten in der Behandlung geistig Behinderter Rechnung tragen.

Dr. Rainer-Uwe Burdinski

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Bielefeld