

## **Psychiatrie in Hamburg: Versorgungs- und Planungsstrukturen**

**Von Ingo Engelmann**

### **Geschichte**

Die psychiatrische Versorgung in Hamburg war bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts vorwiegend eine Anstaltsgeschichte (Bahnsen 2011). Ungefähr seit dem Jahr 1500 waren psychisch kranke Menschen in „Tollkisten“ beispielsweise am Millerntor und dann über Jahrhunderte auf dem Pesthof in St. Georg verwahrt worden. Mit der Gründung des AK St. Georg entstand auf dem Gelände des Pesthofs ab 1823 auch eine Irrenstation, 1864 wurde dann die Irrenanstalt Friedrichsberg in Eilbek eröffnet. Ab 1893 wurde in Langenhorn ein Gutsbetrieb zur Beschäftigung psychisch kranker Menschen aufgebaut, das spätere Landeskrankenhaus Ochsenzoll. Die ersten Hamburger Nervenärzte ließen sich Ende des 19. Jahrhunderts nieder. Ein Schritt aus der Anstaltskultur in die „aktive Behandlung“ psychischer Erkrankungen war die Eröffnung der Psychiatrischen Klinik im UKE 1934. Die Auswahl behandelbar erscheinender Patienten für die Universitätsklinik setzte aber auch die Stigmatisierung der angeblich Unbehandelbaren fort: Eine kleine Zahl (die „Behandelbaren“) kam als Patient in die Klinik, während eine große Zahl (die „nicht Behandelbaren“) als Insasse in Heimen oder Anstalten verwahrt wurde. In Hamburg wurde diese aktive Selektion schon früh perfektioniert, vor allem auch durch entsprechendes Behördendenken und -handeln. Damit war die spätere Selektion lebensunwerten Lebens in den Vernichtungsprojekten des Nationalsozialismus vorbereitet (Ebbinghaus e.a. 1984).

Nach dem Krieg lag der Schwerpunkt der Versorgung weiterhin in den Großkrankenhäusern in Hamburg (Ochsenzoll) sowie mit zusammen weit über tausend Betten außerhalb der Hamburger Landesgrenzen (Ricklinger Anstalten, Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus). In den siebziger Jahren kam Bewegung in die Versorgungslandschaft: Mit der Eröffnung der Psychiatrischen Tagesklinik im UKE und der Gründung der ersten außerklinischen, gemeindepsychiatrischen Wohn- und Betreuungseinrichtungen (Wohnheime, Tagesstätten) sowie Patientenclubs begann die sozialpsychiatrische Erneuerung der Psychiatrie. Sie setzte sich mit der Beteiligung Hamburgs am Bundesmodellprogramm Psychiatrie mit der Modellregion Eilbek Anfang der achtziger Jahre fort. Der nächste Schritt war der schrittweise Abbau außerhamburgerischer Behandlungs- und Unterbringungskontingente sowie der Abbau stationärer Klinikbetten. Die stationäre und teilstationäre Versorgung verlagerte sich zunehmend in die regional orientierten Klinikabteilungen (Eilbek 1980, Bergedorf 1988, Harburg 1996, Rissen 1999, Eimsbüttel Nord 2003, Wandsbek 2011). Konzeptionelle und organisatorische Veränderungen ergaben sich im Jahr 2004 durch den Übergang fast aller Krankenhäuser des Landesbetriebes in die private Trägerschaft der Asklepios GmbH (Psychiatrische Abteilungen im Klinikum Nord Ochsenzoll, in Harburg und Rissen) sowie der Schön-Kliniken (Eilbek). Daneben gab es mit dem Albertinen Krankenhaus, dem Krankenhaus Alsterdorf und dem Bethesda Krankenhaus Bergedorf konfessionell gebundene freigemeinnützige Psychiatrieträger.

Der außerklinische Versorgungsbereich wuchs und differenzierte sich zunehmend aus (Wohnheime, Tagesstätten, Psychosoziale Kontaktstellen, Betreutes Wohnen, Apartmentwohnen, Arbeits- und Beschäftigungsangebote). Hier waren überwiegend freigemeinnützige oder privatwirtschaftliche Träger tätig (z.B. Diakonie, DRK, Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie HGSP, Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, regionale Trägervereine u.a.m.). Um das Jahr 2000 herum hatte die Zahl der Betreuungsplätze in Wohnheimen, Betreutem Wohnen und Wohngruppen sowie im Apartmentwohnen eine Größenordnung von ungefähr 1100 erreicht (psynetHH). Eine neue Schnittstelle zwischen den beteiligten Gruppen bei psychiatrischer Behandlung und Betreuung (Profis, Betroffene, Angehörige) entstand mit den Dialog-Foren und Psychoseseminaren zunächst in der Universitätsklinik Eppendorf UKE, von dort aus in die Bezirke und Regionen (nicht zuletzt mit einer Initialzündung vom Weltkongress Sozialpsychiatrie in Hamburg 1994). Seit den siebziger Jahren waren in verschiedenen Hamburger Stadtteilen Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften entstanden, in denen Mitarbeiter aus dem Bezirk miteinander die Angelegenheiten der örtlichen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung diskutierten und planten (Eppendorf/Eimsbüttel, Harburg, Bergedorf, Hamburg Nord, Eilbek usw.)

## Strukturen

Die Versorgung psychisch kranker Menschen geschieht in stationären und teilstationären Behandlungseinrichtungen (Kliniken), in der ambulanten Sozialpsychiatrie sowie durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten und Dienste der ambulanten Pflege. Traditionell war Kernbereich psychiatrischer Behandlung das Krankenhaus. Die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten hat in den letzten Jahrzehnten über lange Zeit abgenommen und lag 2005 bei 1300 Betten und 368 Tagesklinikplätzen. Diese Zahlen stiegen dann wieder bis 2016 auf 1500 Betten und 565 Tagesklinikplätze. Außerdem stieg die Platz der Behandlungsplätze im stationären Maßregelvollzug (MRV, forensische Psychiatrie) von 60 (1990) auf 300 (2016) (Freie und Hansestadt Hamburg 2016).

Die psychiatrische Versorgung fällt in die Bereiche Krankenhilfe (Kliniken, Ambulanzen, niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten sowie Integrierte Versorgung IV) sowie Eingliederungshilfe (ambulante Sozialpsychiatrie, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen). Landespolitisch sind zuständig die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Krankenhilfe) sowie die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Eingliederungshilfe). Das Psychiatrierferat war schwerpunktmäßig Bestandteil der Gesundheitsbehörde, für übergreifende Fragestellungen wie aktuell die Erstellung eines Psychiatrieberichts (6) arbeiten die entsprechenden Ämter der beiden Behörden zusammen. Eine integrierte Psychiatrieplanung existiert nicht, ein entsprechender Antrag in der Hamburger Bürgerschaft aus dem Jahr 2006 („Psychiatrieplanung für Hamburg“) blieb folgenlos (SPD 2006). Die letzte Psychiatrieberichterstattung des Senats erfolgte im Jahr 1995. Der Hamburger Koalitionsvertrag 2015 enthält dazu den wenig verbindlichen Satz: „In eine Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen soll auch die Eingliederungshilfe für psychisch Kranke einbezogen werden“ (Koalitionsvertrag 2015). Die Nachbarländer haben aktuell einen Psychiatrieplan (Niedersachsen 2016) bzw. einen Psychiatriebericht (Schleswig-Holstein 2016) vorgelegt.

Die Bündelung von Zuständigkeiten, Konzepten und beteiligten Anbietern war Ziel verschiedener Initiativen in den letzten Jahren. 2010 wurde Hamburg als einzige Region mit dem Schwerpunkt „Seelische Gesundheit“ in das Projekt „Gesundheitsregion der Zukunft“ aufgenommen (Bock 2012). In verschiedenen diagnoseübergreifenden sowie auch diagnosespezifischen Projekten wird die Aufklärung über psychische Erkrankungen sowie das Behandlungsspektrum in diesem Feld gefördert, erforscht und erweitert. Unter dem Stichwort „Integrierte Versorgung“ haben sich verschiedene Träger in fünf Regionen der Stadt Hamburg zusammengetan, um die Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter Menschen aus einer Hand voranzubringen (AG Reha). Bisher beschränkt sich das Modell integrierter Versorgung durch Vertreter unterschiedlicher Versorgungssektoren allerdings auf einzelne Krankenkassen und spezielle Diagnosegruppen.

Die Strukturentwicklung wird im wesentlichen von zwei Faktoren bestimmt, die eng miteinander zusammenhängen: der Privatisierung der stationären Psychiatrie sowie der wesentlich betriebswirtschaftlichen Neuordnung der außerklinischen Psychiatrie. Beide Faktoren sind Ausdruck der Ökonomisierung medizinischer Felder, auch und insbesondere im Bereich der (Sozial-)Psychiatrie. Kliniken sind stärker unter Rendite-Druck geraten, suchen nach ertragssicheren Spezialbereichen und Patientengruppen und erweitern ihr Arbeitsfeld. Zugunsten des betriebswirtschaftlich angestrebten Wachstums wird erneut eine Zunahme stationärer Behandlungskapazitäten angezielt. Die Zahl psychiatrischer Betten steigt denn auch tatsächlich wieder (Betten-Ist 2015: 1756, Ziel 2020: 1960 Betten, Freie und Hansestadt Hamburg 2016). Der Übergang zu privaten Krankenhausträgern (Asklepios, Helios, Schön) hat zu deutlichen Veränderungen in der Personalstruktur geführt. Entwicklungen wie Zunahme des Arbeitsdrucks, Belastung durch Arbeitszeitüberschreitungen, vermehrter Einsatz von Zeitarbeitskräften, Ausgliederung von Verwaltungs- und Fachdiensten usw. werden von Mitarbeitern beklagt.

Ein zusätzlicher Druck entstand durch die auf Bundesebene seit 2010 betriebene Planung, die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhäuser dem DRG-System somatischer Krankenhäuser anzupassen. Aufbauend auf dem PEPP-System (Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) stellt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische

Leistungen (PsychVVG vom 10.11.2016) den Versuch dar, durch Strukturierung der Tätigkeiten und erweiterte Dokumentation vergleichbare Zahlen für eine Finanzierung jenseits der Betten- und Tagespauschale zu entwickeln. Verbände kritisieren u.a. die unzureichende Sicherstellung der personellen Ausstattung in den Kliniken und auch den Dokumentationsaufwand für alle Berufsgruppen (Kruckenberg 2016, Plattform Entgelt 2016). Eine wichtige Veränderung im PsychVVG liegt künftig in der Aufnahme des *home treatment* als Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung in den Katalog psychiatrischer Behandlungsleistungen, die von den Kassen finanziert werden.

Der andere Faktor zeigt sich in der wiederholten Umstrukturierung sozialrechtlicher Strukturen und Verordnungen im Bereich der Eingliederungshilfe. Der bislang letzte Schritt war hier auf Hamburger Landesebene die Einführung der „ambulanten Sozialpsychiatrie“ (ASP) - einer fachlich verkleideten, aber ökonomisch angetriebenen Neuordnung des früher als „Betreutes Wohnen“ und mit der Leistung „Persönliche Psychosoziale Maßnahme“ (PPM) bekannten Arbeitsfeldes. Das Ziel der Kostendämpfung wird im Begriff „Steuerungsnotwendigkeit“ versteckt. Die rasante Zunahme der Kosten in der Eingliederungshilfe verlangten Maßnahmen: In den Jahren 2008 bis 2012 waren sie in Hamburg von 47 auf 64 Millionen Euro gestiegen (Söth-Tübing 2014). Ob die erhoffte Verlangsamung des „Ausgabenaufwachses“ (Behördensprache) tatsächlich eintritt, ist noch offen. In der Fachwelt herrscht Skepsis vor, da sich die zahlreichen neuen (oft privatwirtschaftlich organisierten) ASP-Anbieter in der Erfüllung der neuen Auflagen als flexibler erweisen als erwartet. Entgegen den Erwartungen nahm die Zahl der Anbieter nicht ab. Was aber funktioniert, ist die Umorientierung auch der gemeinnützigen freien Träger, die nun ebenfalls in betriebswirtschaftlich dominierter Strategie auf Wachstum setzen und höhere Nutzerzahlen sowie neue Aufgabenfelder anstreben. Dazu werden sie u.a. gedrängt durch die unerwartete Umstellung der BASFI auf Kopfpauschalen zum 01.01.2017. Dabei drohen inhaltliche Aspekte wie Beziehung und Bindung zunehmend auf der Strecke zu bleiben, klagen Verbände wie z.B. die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Hinrichs 2017).

Die unterschiedlichen Rollen der beiden beteiligten Behörden in Hamburg sind nicht allein dadurch erklärbar, dass die Behörde für Arbeit, Soziales und Integration im Feld der Eingliederungshilfe Kostenträger ist und dadurch erheblichem Kostendruck unterliegt. Die Funktion des Kostenträgers bringt für die BASFI sicher ganz besondere Sachzwänge und Begrenzungen mit sich. Aber obwohl die Gesundheitsbehörde nicht Kostenträger der Kliniken ist, sondern für diese im föderalen System nur Investitionsmittel zur Verfügung stellen muss, werden ihre Planungen doch wesentlich von Zahlen und Kosten bestimmt. In der Krankenhausplanung, die fünfjährlich im Krankenhausplan fortgeschrieben wird, hat die Gesundheitsbehörde für das Feld der Psychiatrie vorwiegend finanzielle Aspekte im Blick. Im Krankenhausplan 2020 wird neben punktuellen Veränderungen bei Behandlungsschwerpunkten einzelner Kliniken vor allem die vorgeblich zu erwartende Senkung der Fallzahlen im stationären wie im teilstationären Setting angesprochen. Insbesondere die psychiatrischen Tageskliniken werden aufgefordert, ihre Behandlungsdauer zu senken und keine Behandlungsaufgaben des ambulanten Behandlungssektors bei Depressionen zu übernehmen (Freie und Hansestadt Hamburg 2016). Eine fachliche Behandlung der zugrundeliegenden Fragestellungen findet nicht statt.

Die überregional wirksamen Veränderungen, die jeweils in die Hamburger Landschaft eingearbeitet werden mussten, wirkten sich auf die praktische Arbeit aus. Es handelte sich vielfach um betriebswirtschaftliche, institutionell-organisatorische oder rechtliche Regelungen. Aber: Durch diese Entwicklungen nahm der bürokratische, dokumentarische und formale Arbeitsaufwand in Kliniken und Betreuungseinrichtungen erheblich zu, ohne dass entsprechende Zunahme bei der Personalkapazität zu verzeichnen wäre. Dadurch ergeben sich erhebliche Auswirkungen im Sinne einer sinkenden Qualität der fachlichen Arbeit.

Es ist also durch Veränderung von äußeren Rahmenbedingungen eine deutliche inhaltliche Verschiebung erfolgt. Statt Beziehung und Normalität im Umgang von Mitarbeitern und Patienten bzw. Klienten rücken Anträge, Berichte und Rechtfertigungen immer stärker in den Mittelpunkt der psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsarbeit. Therapeutische Aspekte müssen zugunsten der Bürokratie zurücktreten. Die Weiterentwicklungen der Versorgung im Land Hamburg sind teilweise bestimmt durch den Nachvollzug vorgegebener Neuregelungen auf Bundesebene, wo man sich eigene sachlich-fachliche Zielvorstellungen und Refompläne des Landes wünschen würde.

Ein plastisches Beispiel für die Kluft zwischen Behördenperspektive und den Praktikern vor Ort ist nachzulesen in einer Behördendarstellung über Rehabilitation und Teilhabe in Hamburg (Gitschmann e.a. 2017). Dort wird der Eindruck vermittelt, dass die Hamburger Behörden auf vorbildliche und patientenfreundliche Art und Weise an der Umsetzung der Bundesvorgaben bezüglich der Eingliederungshilfe arbeiten. Vergeblich versuchen Klinikchefs und Sozialarbeiter hingegen klar zu machen, dass vor einer autonomen Entscheidung von Menschen mit Betreuungsbedarf eine therapeutisch begleitete persönliche Entwicklung stehen müsste. In der Balance von Freiheit und Fürsorge droht ein Übergewicht eines Freiheitskonstruktes, das so kompliziert und administrativ verklausuliert ist, dass auch Fachberater da nicht immer durchfinden. In der Praxis wird so nicht erreicht, was politisch postuliert wird. Aber es gibt neue institutionelle „Hilfen“: zum Beispiel Teilhabeberatungsstellen. Dort treffen dann beziehungscheue, misstrauische und zum erheblichen Teil sehr verletzte Menschen auf ihnen unbekannte Berater, denen sie vertrauen müssen, um ihnen zustehende Hilfen zu finden. Das wird schwierig.

## Planung

Ein bestimmender Faktor der Planungen und Entwicklungen in der Hamburger Psychiatrie war in den letzten Jahren der Kostenfaktor. Es gibt keine Anzeichen, dass sich daran etwas ändern wird. Durch erheblich gesteigerte Fallzahlen sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Behandlung und Betreuung sowie auch steigende Fallkosten sind die Aufwendungen für die Psychiatrie in allen Kostenträgerbereichen gestiegen. Die Aufwendungen in der ambulanten Sozialpsychiatrie stiegen beispielsweise in den Jahren von 2008 (47,6 Mio €) bis 2012 (63,6 Mio €) um 33 % (11). 2016 lagen sie bei 71 Mio € (Söth-Tübing 2014). Dem versucht Psychiatrieplanung durch eine Begrenzung des sog. „Ausgabenaufwachses“ zu begegnen. Planerische und konzeptionelle Entwürfe werden zunehmend durch externe Institute (IQWiG, INEK) oder aus anderen Branchen (z.B. Betriebswirtschaftslehre: stromlinienförmige Optimierung des Fallmanagements im SMART-System) übernommen.

Planung für den Bereich der psychiatrischen Versorgung wird aus Sicht der verschiedenen am System beteiligten Gruppen (Kostenträger / Einrichtungsträger und Leistungsanbieter / Betroffene, Angehörige) unterschiedlich definiert und mit teilweise unterschiedlichen oder widersprüchlichen Zielsetzungen versehen. Die Position der Betroffenen ist dabei durch Veränderungen in der Sozialgesetzgebung gestärkt worden. Das wirkt sich aus in der unmittelbaren Hilfeplanung beim einzelnen Anspruchsberechtigten (wenn der denn seine Ansprüche überhaupt immer richtig überblicken kann), aber nur wenig in der fachlichen oder politischen Planung für das System. Insgesamt hat der Versuch, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen, erhebliche technische Auswirkungen im Bewilligungsverfahren und im Prozess von Behandlung und Betreuung. Weniger bedeutsam sind leider Fragen nach der Art der Behandlung und Betreuung (Beziehungs- oder Störungsorientierung? Verstehen oder Verordnen? Konfliktorientierung oder Symptombehandlung? Unterschiedliche Gewichtung biologischer, sozialer, intrapsychischer Faktoren usw.).

Die verstärkte Ausdifferenzierung der einzelleistungsbezogenen Abrechnungsformen in der ambulanten Sozialpsychiatrie (und geplant in der Klinikabrechnung – Pauschales Entgelt in Psychiatrie und Psychosomatik PEPP) haben die erhofften kostendämpfenden Wirkungen verfehlt. Künftig wird vermutlich als Korrektiv eine stärker budgetorientierte Einbindung der Leistungsträger angestrebt: feste Zuordnung von Budgets für verhandelte Leistungspakete erleichtern die Planbarkeit und Steuerung der Kostenaufwände. Sie ändern aber nichts an der Frage, wie die Psychiatrie den derzeitigen gesellschaftlichen und individuellen Strukturen begegnen kann, die einzelne Menschen überfordern oder ihnen keine ausreichende Einbindung ermöglichen. Ein inhaltlich ausgerichteteter Diskurs, wie in Hamburg psychische Überforderung oder Verwahrlosung gemindert werden können, findet nicht statt. Schlagwörter wie „niedrigschwellige Angebote“ werden propagiert, aber nicht inhaltlich gefüllt. Anbieter brauchen nur der Form zu genügen, indem sie „niedrigschwellig“ an ihre Türen schreiben. Es gibt keine erkennbaren Bestrebungen, Qualitätskontrollen (wenn auch nur im ersten Schritt beispielsweise über Qualifikationskriterien und Stellenpläne) zu entwickeln.

Dies wird auch deutlich in bestimmten Grenzbereichen bzw. an den Schnittstellen zu anderen Systemen: Am

Beispiel des Maßregelvollzugs, der Wohnungslosenhilfe oder der Flüchtlingshilfe soll das hier skizziert werden.

Der Maßregelvollzug ist die in die Psychiatrie verlagerte Ausgrenzung seelischer Notlagen und Konflikte und schafft ein Niemandsland zwischen Strafvollzug und Klinik. Die Begründung für diese Ausgrenzung wird nicht in Frage gestellt, obwohl die rasante Zunahme der Bettenzahlen im MRV nahelegt, nach Hintergründen zu forschen und die gesellschaftliche Funktion dieser Ausgrenzung kritisch zu beleuchten. Auf einer Veranstaltung von Gesundheitsbehörde und Sozialbehörde zum geplanten Psychiatriebericht im Dezember 2016 tauchte das Stichwort MRV in den einleitenden Worten der Behördenvertreterin wiederholt auf, die Dringlichkeit einer Positionierung zu der Versechsfachung des Hamburger MRV in den letzten 25 Jahren wurde betont. In der anschließenden Diskussion unter den anwesenden Vertretern aus Kliniken, Behörden, Einrichtungen und ambulanten Diensten tauchte das Stichwort dann nicht mehr auf. Die Psychiatrie wird Antwort auf die Frage geben müssen, ob sie ihren Anteil zur Abschaffung des MRV durch Erarbeitung entsprechender Behandlungsräume leisten kann und will. Ansätze dazu gibt es bei einzelnen Trägern ambulanter Betreuungsdienste. Der andere Teil der Antwort ist vom Justizvollzugssystem zu leisten, das entsprechende psychosoziale und therapeutische Hilfen im Rahmen eines humanen Strafvollzugs zu schaffen hätte, statt sie in die Psychiatrie „outzusourcen“.

Die Wohnungslosenhilfe hat es zu einem ganz überwiegenden Teil mit Menschen zu tun, die aus dem psychiatrischen Behandlungssystem ausgestiegen sind, ausgegrenzt wurden oder gar nicht erst dort die erforderlichen Hilfen erhalten haben. Meist sind bei ihnen psychische Störungen oder Erkrankungen mit Suchtproblemen kombiniert. Weder Suchthilfe noch Psychiatrie decken ihren Teil an der Versorgung dieser Menschen ab. Für die Versorgung psychisch kranker Menschen mit Wohnraum gibt es die gemeinnützige Gesellschaft GHVV, deren Kapazitäten (60 Wohnungen) aber den Bedarf nicht annähernd decken.

Im Vergleich mit der Schnittstelle Psychiatrie / Wohnungslosenhilfe, die eine koordinierende Unterstützung erfordert, ist die Schnittstelle Psychiatrie / Flüchtlingshilfe auch Thema der Versorger (z.B. Kliniken). Von der Beschäftigung muttersprachlicher Therapeuten, Ärzte und Pflegekräfte bis zur Entwicklung spezifischer Behandlungskonzepte werden vielerorts (allerdings ebenfalls relativ unkoordinierte) fachliche Grundlagen für die angemessene Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge entwickelt.

Ein in Planung und Umsetzung bisher nicht behandeltes Thema ist die Intensivbetreuung bzw. geschlossene Unterbringung von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen außerhalb von Kliniken. Hier wird aus der Praxis ein Bedarf angemeldet, dessen Bewertung fachlich durchaus kontrovers ist. Solange es aber keine entsprechenden Angebote innerhalb Hamburgs gibt, werden faktisch weiterhin Einrichtungen in mehr oder weniger großer Entfernung der Hansestadt genutzt. Diesen fehlen die Wohnort- und Lebensraumnähe, und eine fachliche Überwachung ist oft kaum möglich. Zuletzt scheiterten konkrete Planungen für eine geschlossene Betreuungseinheit mit ca. 6 Plätzen in Barmbek an fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten – kleinere und überschaubare Einrichtungen sind teurer als große.

Schnittstellenprobleme ergeben sich ebenfalls zwischen Psychiatrie und Psychosomatik. Die meist stadtteilfern konzentrierten psychosomatischen Behandlungsplätze können bessere Stellenpläne realisieren und durchschnittlich mehr als doppelt so lange behandeln wie die Psychiatrie. Die künstliche Abgrenzung ist massiv – so durfte noch vor 13 Jahren eine Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie nicht die Bezeichnung „Psychosomatik“ in ihren Namen aufnehmen, weil die Psychosomatik-Lobby dem widersprach.

Eine vernetzte Versorgung einer umgrenzten Patientengruppe erprobt das „Hamburger Modell“ ausgehend vom UKE (Lambert e.a. 2014). Das Modell ist derzeit auf Patienten mit Psychosen beschränkt, die zudem bei einer der vier unterzeichnenden Krankenkassen versichert sein müssen. Ziel des Modells ist die Reduzierung stationärer Behandlungsphasen durch *home-treatment* im multiprofessionellen Team. Erste Ergebnisse zeigen deutlich zurückgehende Zahlen bei Krankenhausbehandlungen sowie Zwangsmaßnahmen sowie eine erheblich stärkere Einbindung der Patienten in psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung. Ebenfalls begrenzt auf einen überschaubaren Kreis von Patienten ist das landesweite Modell der integrierten Versorgung, zu dem sich verschiedene meist größere Träger der

gemeindepsychiatrischen Versorgung zusammengeschlossen haben. Diese Modelle haben bisher noch keine Breitenwirkung entfaltet.

Eine Maßnahme zur Abhilfe zahlreicher Reibungsverluste an den oben genannten Schnittstellen wäre (so gefordert von vielen Praxisvertretern auf der o.g. Veranstaltung zum Psychiatriebericht), in einem ersten Schritt die Koordination der verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Versorgung, insbesondere der beteiligten Behörden zu organisieren. Ein Psychiatriekoordinator beispielsweise als Senatsstabsstelle könnte solche Aufgaben wahrnehmen. Flankiert werden sollte diese Stelle durch effektive Mitbestimmungsmöglichkeiten der am System Beteiligten (Betroffenen und Angehörige, Leistungserbringer, Mitarbeiter). Hier ist die spezifische Situation der Metropole Hamburg zu berücksichtigen: Ein Psychiatriekoordinator wird auf Landesebene mit der Planung der jeweiligen Bezirke überfordert sein, es sind sinnvollerweise entsprechende Koordinationsstellen auf Bezirksebene zu installieren. Die Einzugsbereiche der Kliniken und anderer versorgungsrelevanter Einrichtungen und Dienste sind aber längst nicht immer deckungsgleich mit den Bezirksgrenzen. Hinzu kommt die Metropolfunktion des Stadtstaates, bis zu 30% der Versorgungsangebote in Hamburg werden von Menschen aus dem Umland oder anderen Regionen genutzt. Auf der anderen Seite gibt es im Feld geschützter/geschlossener Einrichtungen sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Jugendhilfe als auch in der Erwachsenenpsychiatrie nach wie vor viele Plätze außerhalb von Hamburg, in die Hamburger Patienten verlegt werden, weil entsprechende Intensivbetreuungen in der Stadt nicht vorhanden sind.

(Eine aus diesem Text hervorgegangene, gekürzte Version erscheint demnächst in: Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Sustainable Urban and Regional Health, Bd. 2: Rainer Fehr, Alf Trojan (Hg.), StadtGesundheit in Hamburg, München 2017 (Oekom-Verlag)

Quellen:

AG Reha - <http://www.agreha.de/ag-map/query/bereich/3>

Bahnsen, U. (2011): Behandeln statt Wegsperrern. WAMS 14.12.2011.

<https://www.welt.de/print/wams/vermishtes/article13749833/Behandeln-statt-wegsperrern.html>

Bock, Th. (2012): Gesundheitsmetropole Hamburg. Psychnet – Hamburger Netz. Die Kerbe, Heft 4 (2011), 36-38 [http://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2012/12/2011\\_4\\_Internet.pdf](http://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2012/12/2011_4_Internet.pdf)

Ebbinghaus, A.; Kaupen-Haas, H.; Roth, K.H. (Hrsg) (1984): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Hamburg 1984

Freie und Hansestadt Hamburg (2016): Krankenhausplan 2020

<http://www.hamburg.de/contentblob/4659138/801fc86b22508ccb2024996c7c0ce5ea/data/krankenhausplan2020-broschuere.pdf>

Freie und Hansestadt Hamburg (2016) Krankenhausplan 2020 – Anhang

<http://www.hamburg.de/contentblob/4950786/18b6b255b711f6017dfbd5ad7d0ddf7a/data/krankenhausplan2020-anhang.pdf>

Gitschmann, P., Mellies, D., Pörksen, J., Tscheulin, I., Vesper, M. (2017): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Hamburg. Ein Bericht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg.

<http://www.hamburg.de/contentblob/9173754/66a406dd550349b35af39810f2ef63ed/data/rehabilitation-und-teilhabe.pdf>

Hinrichs, A. (2016): Kopfpauschalen statt Zeitbudgets. Der Eppendorfer 12/2016, S. 12

Horn (2016): Vorstellung der Bestandsaufnahme und der bisherigen Ergebnisse für den Psychiatriebericht, Vortrag „Psychiatrische Versorgung in Hamburg -Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung“, Veranstaltung

der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg am 15.12.2016

Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 21. Legislaturperiode der Hamburger Bürgerschaft (2015)  
<http://www.hamburg.de/gesundheit-und-pflege/>

Kruckenberg, P. (2016): PEPP ist weg – und nun? In: Soziale Psychiatrie 3/2016, S.40-43 / [http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/dgsp/Artikel\\_Soziale\\_Psychiatrie\\_als\\_PDF/SP\\_153/SP\\_153\\_Kruckenberg.pdf](http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/Artikel_Soziale_Psychiatrie_als_PDF/SP_153/SP_153_Kruckenberg.pdf),  
zugegriffen am 25.04.2017

Lambert M, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Psychiatrische Praxis 2014; 41(05): 257-265

Plattform Entgelt (2016): Stellungnahme zum Kabinettsbeschluss PsychVVG  
[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-09-02\\_PsychVVG\\_Stellungnahme\\_FIN.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-09-02_PsychVVG_Stellungnahme_FIN.pdf) (zugegriffen am 22.04.2017)

psynetHH – Seite aufgegangen in <http://www.agreha.de/>

SPD-Bürgerschaftsfraktion Hamburg (2006): Anfrage Psychiatrieplanung <http://www.spd-fraktion-hamburg.de/buergerschaft/antraege/b/1397.html>

Söth-Tübing, M (2014): Einzelfallsteuerung in der Eingliederungshilfe.  
<http://www.hamburg.de/contentblob/4368846/157e696ddc5879ac055d469c49fc699f/data/einzelfallsteuerung-eingliederungshilfellmanagement-in-hamburg-.pdf>