

# Sozialpsychiatrische Informationen

2/2009

39. Jahrgang

Sonderdruck

**Datengestützte Planung und Evaluation  
von Hilfen für psychisch Kranke  
im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover**

*Hermann Elgeti*

36–40

**ISSN 0171 - 4538**

**Verlag:**

Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:**

Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:**

Printausgabe: jährlich 30,- € einschl. Porto, Ausland 35,- €. Einzelpreis: 9,90 €  
e-paper: Jahresabo 27,- €, Einzelartikel 3,- €  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

**Redaktionsanschrift:**

Frau Gabriele Witte, Klinikum Region Hannover GmbH  
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie – Institutsambulanz;  
Rohdehof 5, 30853 Langenhagen

Tel: 0511/73 00-590; Fax: 0511/73 00-518; gabriele.witte.langenhagen@klinikum-hannover.de

**Redaktion:**

Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sybille Prins, Bielefeld  
Renate Schernus, Bielefeld-Bethel  
Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Peter Weber, Celle  
Dyrk Zedlick, Glauchau



Psychiatrie-Verlag

# Datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

Hermann Elgeti

## Sozialpsychiatrisches Handeln heißt Dialogfähigkeit und Kontextbezug

Die Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke verkommt zu einer Art von Technokratie, wenn der Gehalt dessen, was geplant und evaluiert werden soll, in den Hintergrund gerät. Wie könnten der Gehalt und die Grundhaltung sozialpsychiatrischen Handelns bestimmt werden? Nach meinem Verständnis ist es die Kunst, auf diejenigen zuzugehen und ihnen auch nachzugehen, die wegen Art und Ausmaß ihrer psychischen und sozialen Probleme besonders gefährdet sind, im gesellschaftlichen Abseits zu landen. Dort sieht sie nämlich sonst keiner mehr, der ihnen helfen könnte oder wollte, und oft genug sind solche Menschen dann nicht mehr in der Lage, sich ohne Weiteres helfen zu lassen. Unser widersprüchlicher Auftrag zwischen Hilfe und Kontrolle sollte uns nicht zurückschrecken lassen vor dem Gedanken an Hilfen und Schutzmaßnahmen gegen den Willen des Betroffenen, trotz der inneren Zerreißproben, die das bei uns verursacht.

Sozialpsychiatrisches Handeln beinhaltet die Fähigkeit zur Aufnahme eines respektvollen Dialogs auf fremdem Terrain, ohne die Vertrautheit der uns gewohnten Umgangsregeln, fern der herrschenden Normen und Standards. Wir müssen uns immer wieder auf einen anderen Kontext einstellen, wenn wir diagnostisch und therapeutisch tätig werden, angemessene Hilfen planen und diese auf ihre Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüfen. Um dem einzelnen Hilfsbedürftigen gerecht zu werden, müssen wir einkalkulieren, dass sein Hilfebedarf abhängig ist von den Besonderheiten seiner Lebensgeschichte, seiner aktuellen Notlage und seinen Zukunftserwartungen.

Neben der Fähigkeit zum Dialog mit dem Betroffenen unter erschwerten Bedingungen müssen wir auch seine Umwelt in den Blick nehmen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei seine Angehörigen und Freunde, Nachbarn und Kollegen, ihre kulturelle Einbindung, ihre Hilfsmöglichkeiten und Toleranzgrenzen. Wichtig sind aber auch die Kontakte im Netzwerk der professionellen sozialen und medizinischen Dienste in der Region, an die wir bei entsprechender Indikation weiter vermitteln oder mit denen wir bei komplexem Hilfebedarf gemeinsam tätig werden wollen. Und nicht zuletzt sollten wir die für psychisch Kranke wichtigen Gesetze kennen, um dort zu beraten und zu unterstützen, wo es Konflikte geben könnte bei der Leistungsgewährung oder bei Regelverletzungen.

Die Qualität sozialpsychiatrischer Dienstleistungen hängt also sehr von ihrem Kontextbezug ab, bei der Aufnahme eines therapeutischen Dialogs ebenso wie bei der Analyse seines Lebensumfelds. Daher gilt in der Sozialpsychiatrie auch ein besonderes Versorgungsprinzip: Dezentralisierung und Integration unserer Hilfen in einem überschaubaren Einzugsgebiet (sprich: Versorgungssektor) haben Vorrang vor der sonst so eingängigen Tendenz zur Spezialisierung an einem zentralen Ort mit den oft langen Anfahrtswegen.

## Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien

Ich habe diese Bemerkungen zur sozialpsychiatrischen Grundhaltung an den Anfang gestellt, weil sie der Bezugspunkt für unsere Bemühungen in der Region Hannover um eine datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen bildet. Die Geschichte dieser Bemühungen reicht in das Jahr 1966 zurück, als Karl Peter Kisker den psychiatrischen Lehrstuhl an der neu gegründeten Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übernahm. Kisker und auch Erich Wulff als Leiter der 1974 zusätzlich eingerichteten Abteilung Sozialpsychiatrie stammten aus der phänomenologisch-anthropologischen Linie der psychiatrischen Wissenschaft und machten sich mit dieser Grundhaltung an die Reformarbeit.

Die MHH hatte zunächst noch gar keine eigenen Gebäude für ihre Lehre, Forschung und Krankenversorgung, und so war man auf die Gastfreundschaft einheimischer Kliniken angewiesen. Die psychiatrische Arbeit an der MHH begann auf zwei Stationen im Landeskrankenhaus Wunstorf, bald darauf wurde eine Poliklinik im Stadtgebiet neu eingerichtet. 1967 wurde der Verein zur Förderung seelisch Behinderter e. V. gegründet, der sofort für die soziale Rehabilitation chronisch psychisch kranker Patienten ein erstes Wohnheim eröffnete.

Als Erich Wulff 1974 seinen Dienst antrat, gab es schon dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) in jedem Sektor von Stadt und Landkreis Hannover, zuzüglich einer zentralen Beratungsstelle für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Die beiden Gesundheitsämter, die vier Kliniken und weitere gemeindepsychiatrische Dienste im Großraum trafen sich monatlich zu einem Koordinierungsgespräch, aus dem der jetzige Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie hervorging. 1977 verabredete man einvernehmlich die Einzugsgebiete von Kliniken und Beratungsstellen und legte

sie in einem Straßenverzeichnis genau fest. Vieles wurde hier bereits ausprobiert, als 1975 die Psychiatrie-Enquete mit ihren Reformempfehlungen veröffentlicht wurde.

1980 übernahm die MHH per Vertrag mit der Stadt Hannover für ihr Einzugsgebiet die Funktion eines SpDi nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke von 1978 (NdsPsychKG). Dieses Gesetz wurde 1997 novelliert, und bei dieser Gelegenheit erhielten die Kommunen in § 8 NPsychKG die neue Aufgabe, einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) zu gründen, in dem alle Anbieter von Hilfen für psychisch Kranke zur Mitarbeit eingeladen sind. Die Einrichtungsträger werden aufgefordert, dem Verbund neu geplante oder geänderte Hilfsangebote anzuzeigen.

Die regionale Koordination und Planung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Stadt und im Landkreis Hannover wurde anlässlich des neuen NPsychKG reorganisiert. Dazu wurde eine Konzeption erstellt und eine formelle Vereinbarung zwischen den beiden Kommunen getroffen, die mit der Bildung der Region Hannover im Jahre 2001 von dieser übernommen wurde. Dem gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbund wurden vier Zielperspektiven vorangestellt, die an der eingangs erläuterten Grundhaltung ausgerichtet sind. Ein klein gehaltener Fachbeirat steht dem Dezernenten zur Seite, der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie bildet die monatlich tagende Vollversammlung des Verbundes, seine Fachgruppen bearbeiten spezielle Themen. Sektor-Arbeitsgemeinschaften koordinieren die dezentralen Hilfsangebote in den inzwischen elf Sektoren einer Region, die mit ihren knapp 1,2 Mio. Einwohnern größer als das Saarland ist. Eine Geschäftsstelle mit einem Psychiatriekoordinator, als Stabsstelle der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes zugeordnet, unterstützt die Arbeit der Gremien organisatorisch.

Die Selbsthilfeinitiativen der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen wirken seit Anfang der 90er- bzw. Ende der 80er-Jahre in den Gremien mit und spielen hier seitdem eine nicht zu überschätzende konstruktive Rolle. Die Zahl der stimmberechtigten Mitglieder des Verbundes liegt inzwischen bei 64 mit über 180 verschiedenen Hilfsangeboten. Die Beteiligung an den Gremiensitzungen ist rege, die Diskussionen werden offen geführt, sind aber entsprechend der Vorgaben des NPsychKG auf Konsensbildung angelegt. Das fördert die Beteiligungsmöglichkeit interessierter Personen und Einrichtungen, erschwert, verzögert oder verhindert andererseits gelegentlich eine klare Positionierung in Streitfragen.

### **Planung geht nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten**

2003 veröffentlichte Clemens Cording sein wichtiges Plädoyer für ein neues Paradigma zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie.<sup>1</sup> Er fordert statt der betriebswirtschaftlichen Optimierung einzelner Institutionen eine gesamtgesellschaftliche

Perspektive. Als Qualitätskriterien sollen gelten die individuellen Langzeitergebnisse über alle beteiligten Institutionen hinweg und die Versorgungsqualität definierter Regionen. Die zu ergreifenden Maßnahmen müssen nach ihrer Kosteneffektivität priorisiert werden, ihre Implementierung schrittweise, zielorientiert und koordiniert erfolgen. Notwendig sind dazu entsprechende politisch-administrative Rahmenbedingungen.

Gesundheitsberichterstattung im Allgemeinen und Psychiatrieberichterstattung im Besonderen sind in Deutschland unterentwickelt. Die vorhandenen Ansätze sind in der Regel mangels Aktualisierung, Aussagekraft und Vergleichbarkeit für Planungszwecke nicht zu gebrauchen. Jeder kennt inzwischen die Bestandteile einer Qualitätsentwicklung komplexer Organisationen, und jeder weiß, dass Ergebnisse messbar sein müssen, um den Erfolg geplanter Maßnahmen überprüfen zu können. Situationsanalyse, Politikformulierung, Umsetzung und Ergebnismessung bilden einen fortlaufenden Zirkelprozess, in dem Soll-Bestimmungen und Messungen des Ist-Zustandes gleichermaßen ihren Platz haben.

Laut § 9 des NPsychKG soll der SpDi der Kommune im Benehmen mit dem Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan aufstellen und regelmäßig fortschreiben. Da nun Planung auf verlässliche Datenerhebung angewiesen ist, wurde in der Konzeption des Verbundes der Region Hannover auch eine regionale Psychiatrieberichterstattung vorgesehen. In drei Schritten wurden statistische Jahresberichte der Einrichtungsträger nach einheitlichem Muster eingeführt. Die Daten eines Berichtsjahres sollen bis zum 31. März des Folgejahres bei der Geschäftsstelle abgegeben, innerhalb von drei Monaten ausgewertet und dann den Einrichtungen und Gremien des Verbundes zwecks Interpretation zur Verfügung gestellt werden. Ein zusammenfassender Auswertungsbericht erscheint regelmäßig zum Jahresende im Sozialpsychiatrischen Plan.<sup>2</sup> Dieser Plan umfasste in den letzten Jahren etwa 100 Seiten und enthält neben Stellungnahmen des Dezernenten, der Leitung des SpDi und der Selbsthilfe-Initiativen Beiträge zu einem wechselnden Schwerpunktthema, zur Tätigkeit der Gremien und auch einen Sonderteil Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.

Die Beteiligung an der Datenerhebung ist noch unbefriedigend, aber ein Anfang ist gemacht.<sup>3</sup> Ein langer Atem ist auch hier Voraussetzung für den Erfolg. Immerhin verfügen wir für die Berichtsjahre 2001, 2004 und 2006 über recht vollständige Angaben zu allen Hilfsangeboten mit ihren Platzzahlen und Kostensätzen, mit Umfang und Qualifikation des dort eingesetzten Personals (Datenblätter A und B). Seit der Einführung der anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C) für das Berichtsjahr 2001 hat die Beteiligung hier kontinuierlich zugenommen. So lagen für das Berichtsjahr 2007 immerhin knapp 9000 Datensätze zur Auswertung vor. Eine gute Aussagekraft hat inzwischen die Auswertung für die Angebotsformen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Suchtberatungsstellen, Tagesstätten

und des ambulant betreuten Wohnens, während die großen Klinik- und Heimträger sich gerade hier noch nicht in die Karten gucken lassen.

Neben den Primärdaten der Leistungserbringer auf den Datenblättern A–C bekommen wir Daten der Gebietskörperschaften aus ihrer kleinräumigen Jahresstatistik. Wir erhalten für jeden Sektor die Einwohnerzahl, differenziert nach den Altersgruppen unter 18 Jahren, zwischen 18 und unter 65 Jahren sowie ab 65 Jahren, zusätzlich die Zahl der Arbeitslosen und die Gebietsfläche der Sektoren in Hektar. Mit einem eigens entwickelten EDV-Auswertungsprogramm berechnen wir aus diesen Daten insgesamt 28 Kennzahlen, die automatisch und bezogen auf die jeweiligen Adressaten in Auswertungstabellen zusammengestellt werden. So werden Längsschnitt- und Querschnittvergleiche für Hilfsangebote und ihre Patientengruppen möglich, aber auch zusammengefasst für Patientengruppen aus bestimmten Sektoren und für Hilfsangebote einzelner Angebotsformen.

### **Die Prävention von Langzeithospitalisationen ist ein lohnendes Ziel**

Nun möchte ich von einem Versuch berichten, eine ganze Versorgungsregion für eine gemeinsame Zielvereinbarung zu gewinnen, wobei aussagekräftige und vergleichbare Daten eine wichtige Rolle im Soll-Ist-Vergleich spielen. Dazu will ich zunächst von einer lange zurückliegenden Begebenheit berichten, die mich früh davon überzeugte, dass wir gute quantitative Daten brauchen, um qualitative Verbesserungen im Sinne unserer sozialpsychiatrischen Grundsätze zu erreichen und abzusichern. Ich war 1986 bereits als Assistenzarzt in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik tätig, als ein älterer Kollege in unserem Team um Datenmaterial für seine Habilitation nachsuchte.<sup>4</sup> Seine These, dass der psychiatrische Hausbesuch ein kritikwürdiger Eingriff in die Privatsphäre des Betroffenen sei, vergleichbar mit der Injektion einer Depot-Spritze, rief meinen Protest hervor und schuf die Motivation für eine kleine Gegenuntersuchung.<sup>5</sup> Wir konnten zeigen, dass unsere Interventionen sich weniger an der klinischen Diagnose unserer Patienten ausrichten als an ihrer sozialen Ausgrenzung und mangelnden Mobilität.

Der kurze Fragebogen, den ich damals für eine Beantwortung durch die Bezugstherapeuten entwickelt hatte, enthielt im Prinzip bereits die Merkmale des psychosozialen Risikoscores, mit dem wir später Risikogruppen für Langzeithospitalisationen abschätzen lernten. In einer groß angelegten Studie im Auftrag des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen hatten wir für den Zehnjahres-Zeitraum 1987 bis 1996 alle chronisch psychisch Kranken unseres Versorgungssektors mit allgemeinspsychiatrischen Diagnosen erfasst.<sup>6</sup> Einschlusskriterien waren mindestens zwei Kontakte zu einem der hier zuständigen institutionsbezogenen Dienste (die Klinik und die Poliklinik, zwei Wohnheime und eine Werkstatt) im Abstand von wenigstens zwei Jahren sowie ein Alter unter 65 Jahren bei Erstkontakt.

Von den 313 Patienten der Untersuchungsgruppe hatten 68 % eine Erstdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 nach ICD-10), und diese waren zu einem relativ höheren Prozentsatz Männer (44 % gegenüber 26 % bei anderen Erstdiagnosen). Eine Langzeithospitalisation innerhalb des Zehnjahres-Zeitraums wiesen 28 % der 213 schizophren erkrankten Patienten auf, während es bei den 100 Patienten mit anderen Diagnosen lediglich 8 % davon betroffen waren. Langzeithospitalisation haben wir definiert als summierte Aufenthaltsdauer von mindestens 365 Tagen in der Klinik oder vier Quartalen im Heim innerhalb von zwei Jahren. Unter den 213 schizophren erkrankten Patienten waren Männer mit einem Ersterkrankungsalter von unter 25 Jahren besonders häufig von einer Langzeithospitalisation betroffen. Das beim – oft lange zurückliegenden – Erstkontakt in einer der untersuchten Einrichtungen errechnete psychosoziale Risiko, gemessen als Summenscore von sechs Merkmalen einer normalen Basisdokumentation, hatte eine gute Aussagekraft in Bezug auf eine solche Langzeithospitalisation.

Einige weitere Ergebnisse aus späteren Untersuchungen bestätigten die aus der Forschung und der Alltagspraxis vertraute Vermutung, dass junge Männer mit einer funktionellen Psychose eine Hochrisikogruppe für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung darstellen. Bei den Bewohnern von zwei therapeutischen Wohnheimen, die im Jahre 2001 von der Psychiatrischen Institutsambulanz unserer Poliklinik mit behandelt wurden, betrug der Anteil psychosekranker Männer mit einem Ersterkrankungsalter von unter 25 Jahren 32 %. Bei der Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der Region Hannover zeigte sich, dass in 57 % der Hilfeplanverfahren im Berichtsjahr 2001 Männer betroffen waren, die zudem ein deutlich höheres psychosoziales Risiko aufwiesen als Frauen.<sup>7</sup> Von insgesamt 570 Hilfeplanverfahren in diesem Jahr waren 287 Neuplanungen (ohne Empfehlungen für eine WfbM), und bei der Empfehlung stationärer oder kombiniert ambulant-teilstationärer Eingliederungshilfen waren hier Männer sogar zu 69 % betroffen. Die Diskrepanz zwischen einem hohen Anteil von Männern bei Neuplanungen und niedrigeren Werten bei der Fortschreibung laufender Maßnahmen deutet darauf hin, dass Männer empfohlene Eingliederungshilfen häufiger vorzeitig beenden.

Die Ergebnisse dieser regional angelegten Studien führten zur Beleuchtung des hier angedeuteten Problems mit den Daten der regionalen Psychiatrieberichterstattung, wie wir sie in der Region Hannover eingeführt haben. Dabei ließ sich zeigen, dass die kleine Gruppe von Männern mit einer funktionellen Psychose im Alter unter 25 Jahren eine vergleichsweise geringere Kontinuität außerklinischer Betreuung aufwies. Sehr hoch dagegen war bei dieser Gruppe der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr. Dieser schon im Jahre 2001 bei Einführung des Datenblattes C sichtbare Befund bestätigte sich in seiner Tendenz auch bei allmählichem Anstieg der Zahl abgegebener Datenblätter in den Folgejahren.

Zusammenfassend besteht das Problem darin, dass bei psychosekranken jungen Männern die Erkrankung häufig chronisch verläuft und einen komplexen Hilfebedarf erzeugt. Abbruch von Hilfsmaßnahmen, Suchtmittelmissbrauch und dissoziale Verhaltensweisen erschweren die notwendige kontinuierliche sozialpsychiatrische Behandlung und Betreuung. Hoch ist das Risiko für Vereinsamung, für Arbeits- und Wohnungslosigkeit, für Selbst- oder Fremdgefährdung, langfristige Klinik- und Heimaufenthalte. Als Lösungsansatz haben wir den Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes 2004 den Abschluss einer regionalen Zielvereinbarung vorgeschlagen, die bei dieser eng umgrenzten Patientengruppe zu einer Verbesserung der Kontinuität außerklinischer Betreuung führen soll. Dazu sollen die psychiatrischen Dienste und Einrichtungen den SpDi benachrichtigen, wenn ein psychosekranker Mann unter 25 Jahren die Betreuung beendet oder abgebrochen hat, ohne dass die weitere Versorgung trotz entsprechender Notwendigkeit gesichert ist. Daraufhin wird ein Mitarbeiter des SpDi bestimmt, der für den Betroffenen und seine Bezugspersonen langfristig ansprechbar ist und dafür sorgt, dass er ihn nicht aus den Augen verliert.

Die Diskussionen der letzten zwei Jahre in den Gremien des Verbundes haben mir gezeigt, wie gewöhnungsbedürftig ein solcher Ansatz zur Qualitätsentwicklung für alle noch ist. Die Vollversammlung des SpV hat sich im Jahre 2006 hinter diesen Vorschlag gestellt, aber für die Umsetzung der Vereinbarung ist bis jetzt noch nicht viel passiert. Vier zentrale Fragen sind in solchen regionalen Zielvereinbarungen zu beantworten: Was soll wann erreicht sein? Wie soll der Erfolg gemessen werden? Wie soll das Ziel erreicht werden? Wer ist verantwortlich? Bei allen noch zu lösenden Problemen ist doch immerhin die Messbarkeit des Erfolgs mit den Daten der regionalen Psychiatrieberichte ohne zusätzlichen Aufwand gegeben. Wir können Jahr für Jahr feststellen, ob sich die geringere Kontinuität der außerklinischen Betreuung und der höhere Anteil stationär Behandelte bei unserer Zielgruppe den Werten des Durchschnitts aller Patienten mit funktionellen Psychosen angleichen oder nicht. In dieser Hinsicht hat es in den letzten drei Berichtsjahren 2005 bis 2007 keine Angleichung der Differenzen gegeben.

### **Der Fortschritt ist eine Schnecke, die auch rückwärts kriechen kann**

Ich wollte in einem größeren Zusammenhang darstellen, was ich unter einer datengestützten Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke verstehe. Dabei habe ich mich auf ein über 20-jähriges Engagement in der Region Hannover bezogen und an einem Beispiel dargestellt, wie wir Schritt um Schritt versuchen, auf diesem Weg voranzukommen. Die technischen Möglichkeiten haben in dieser Zeit rasant zugenommen, die Widerstände gegen Transparenz im Leistungsgeschehen der gemeindepsychiatrischen Versorgung haben sich allerdings nach meinem Eindruck kaum verringert.

Angesichts zunehmender Tendenzen zur Rationalisierung und Rationierung von Hilfeleistungen für psychisch Kranke wird es einerseits immer schwieriger, andererseits immer notwendiger, Fortschritte in der von mir skizzierten Richtung zu erzielen. Auch hier sollten wir aufmerksam gegenüber den Widersprüchlichkeiten unseres Handelns bleiben. Missbrauch von Ressourcen durch Patienten oder Therapeuten muss bekämpft werden, aber Misstrauen bedroht das so wichtige Vertrauen und Selbstvertrauen, eine um sich greifende Kontrolle engt die Spielräume aller ein. Die Qualität der Versorgung muss gesichert werden, aber eine Standardisierung von Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen verkennt die Besonderheiten des Einzelnen, bevorzugt die durchschnittlich Kranken und entmachtet Patienten wie Therapeuten.<sup>8</sup> Kosten müssen eingespart werden, aber die Verknappung der Mittel trifft zuerst und am härtesten die am schwersten beeinträchtigten Kranken ohne soziale Unterstützung, die sich selbst nicht helfen und die sich auch nicht wehren können.

So bleibt mir am Schluss nur die Empfehlung, den Chancen und Risiken einer datengestützten Planung und Evaluation gleichermaßen ins Auge zu schauen und sich nicht vorzeitig abzuwenden, weil einem die Thematik ungewohnt oder unbehaglich ist. Die finanziellen Rahmenbedingungen für eine ethisch verantwortbare Gemeindepsychiatrie werden sich so schnell nicht wieder verbessern. Wir tun deshalb gut daran, unsere Arbeit selbstbewusst und selbstkritisch auf den Prüfstand zu stellen, sie gegenüber den Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen, den Kostenträgern und der Politik transparent und nachvollziehbar zu machen. Wenn wir mit den genannten Partnern nicht zu einer großen Koalition auf Augenhöhe kommen, kriecht die Schnecke des gemeindepsychiatrischen Fortschritts garantiert rückwärts.

### **Anmerkungen**

- 1 CORDING C (2003) Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. *Psychiatrische Praxis*; 225–229
- 2 Region Hannover: Sozialpsychiatrischer Pläne 2007 und 2008 als Download unter: [www.hannover.de/de/gesundheits/soziales/beratung/gesundheitsberatung/beratung/gpsych/verbund/index.html](http://www.hannover.de/de/gesundheits/soziales/beratung/gesundheitsberatung/beratung/gpsych/verbund/index.html)
- 3 ELGETI H (2007) Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichte sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997–2007. In: ELGETI H (Hg.) *Psychiatrie in Niedersachsen Jahrbuch 2008*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 132–47
- 4 STOFFELS H, KRUSE G (1996) *Der psychiatrische Hausbesuch: Hilfe oder Überfall?* Bonn: Psychiatrie-Verlag
- 5 ELGETI H, HARTMANN U (1988) Soziale Ausgrenzung, psychiatrische Diagnose und Behandlungsform. *Fundamenta Psychiatrica* 2 (4): 208–301
- 6 ELGETI H, BARTUSCH S, BASTIAAN P, STEFFEN H (2001) Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 31 (Sonderheft): 51–58

- 7 ELGETI H (2004) Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 812–815
- 8 SCHERNUS R et al. (2004) Soltauer Impulse – Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. *Soziale Psychiatrie* Heft 3; 34–36

**Anschrift des Verfassers**

*Dr. Hermann Elgeti*  
*Medizinische Hochschule Hannover*  
*Sozialpsychiatrische Poliklinik*  
*Podbielskistraße 158*  
*30177 Hannover*  
*elgeti.hermann@mh-hannover.de*