

Das SYMPA-Projekt in Pudong

Anwendung des Projekts im Rehabilitationsprozess von psychischen Störungen in Pudong (Shanghai, China)

Von Ying Feng, Hongyun Qin, Yan-hua Chen, Ling Wang, Qiang Wang, Chenping Hu, Xudong Zhao

SYMPA (Systemtherapeutische Methoden Psychiatrischer Akutversorgung) ist ein Praxisforschungsprojekt, das 2002 von Prof. Jochen Schweitzer und Prof. Liz Nicolai am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg (Deutschland) in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel durchgeführt wurde, die Rehabilitation und soziale Eingliederung von Patient*innen mit psychischen Störungen durch systemische Therapieansätze zu fördern¹. 2018 und 2019 unterrichtete Prof. Liz Nicolai zusammen mit Dr. Ulrike Borst, Prof. Heike Stammer und Doris Biedermann 35 Fachkräfte in einigen dreitägigen Seminaren medizinisch-psychiatrische in unserem Krankenhaus in Theorie und Praxis des systemischen Denkens bei der Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Anschließend wurde in unserem Krankenhaus eine systemische Arbeitsgruppe mit dem Ziel gegründet, die systemischen Methoden bei der Behandlung und Rehabilitation von Patienten anzuwenden.

Die Autor*innen aus China

Sämtliche Autor*innen kommen vom Department of Psychiatry, Shanghai Pudong New Area Mental Health Center (School of Humanities Tongji University, Shanghai, China)



Organisation der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe besteht aus Psychiatern*innen, Krankenpflegekräften, Sozialarbeiter*innen und Allgemeinärzt*innen². Die Psychiatern*innen, Krankenpflegekräfte und Sozialarbeiter*innen kommen überwiegend aus dem Zentrum für psychische Gesundheit, der psychiatrischen Klinik von Pudong New Area, während die Allgemeinmediziner*innen hauptsächlich aus den kommunalen Gesundheitszentren der Pudong New Area stammen. Die Allgemeinmediziner*innen führen monatliche Besuche bei den im Mental Health Information Management System registrierten Patient*innen durch, um sich über den Stand ihrer Behandlung und Rehabilitation sowie über die Schwierigkeiten und Probleme in ihrem Leben zu informieren. Die Sozialarbeiter*innen sind für die Registrierung und die Vereinbarung von Terminen mit den Patient*innen und ihren Familien zuständig, ausgehend von den jeweils spezifischen Bedürfnissen. Psychiatern*innen und Krankenpflegekräfte sind für die systemische Psychotherapie und psychologische Gespräche zuständig.

Die Projekte der Arbeit (Ansätze/Exploration)

Im Rahmen des Behandlungs- und Rehabilitationspfads „Krankenhausaufenthalt-Entlassung-Rückkehr in die Gemeinschaft“ von Patient*innen mit psychischen Störungen versuchte die systemische Arbeitsgruppe, die in der Weiterbildung erlernten „neuen Methoden“ anzuwenden. Zu den wichtigsten Aspekten gehörten die Anwendung systemischen Denkens bei der Behandlung von Krankenhauspatient*innen, die Befragung von Familienmitgliedern der Krankenhauspatient*innen, die Einrichtung einer Entlassvorbereitungsgruppe und die Durchführung von gemeindebasierten psychologischen Familiengesprächen für Patient*innen. Im Folgenden werden wir die neuen Ansätze zu diesen vier Aspekten vorstellen.

1. Systemischer Pflegemodus (Januar 2019-Dezember 2021):

Anfang 2018 hat das Pflorgeteam unseres Krankenhauses orientiert an den Konzepten der systemischen Psychotherapie, die in den 1960er Jahren in Europa und den Vereinigten Staaten

entstanden sind, die ursprüngliche „problem-fokussierte“ Arbeitsweise verbessert und ein Pflegekonzept unter Einbeziehung von psychologischen Dienstleistungen für Patient*innen und ihren Familien entwickelt. Dieser Arbeitsansatz fördert ein „systemisches“ Verständnis der psychischen Symptome des Patienten, versucht die Trennung zwischen den Individuen und ihrer Umwelt (Familie) zu überwinden und versteht die psychologischen und verhaltensbezogenen Lebensäußerungen auf der Grundlage der Interaktion zwischen den Familienmitgliedern. Die systemische Pflege verinnerlicht die neue „bio-psycho-soziale“ Perspektive in vollem Umfang. Die neue Arbeitsweise geht davon aus, dass die Familie als ein umfassendes System zu verstehen ist. Einerseits dient die Familie dazu, mit den Einflüssen der internen und externen Umwelt umzugehen und ein systemisches und stabiles Funktionieren aufrechtzuerhalten, andererseits muss sie aber auch die unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse der Familienmitglieder in den verschiedenen Lebensphasen berücksichtigen. Wenn eine Familie nicht mehr flexibel genug ist, um mit auftretenden Notlagen umgehen

zu können, kann der Stress, der durch familiäre Ungleichgewichte entsteht, leicht zu psychischen und Verhaltensproblemen bei einem oder mehreren der geschwächten Familienmitglieder führen. Daher spiegeln individuelle psychische und Verhaltensstörungen häufig den Funktionsverlust eines ganzen Familiensystems wider³⁴. Systemische Pflege ist eine neue Art der psychologischen Pflege, die der Familie (d. h. dem Patienten und seiner Familie) dient, indem sie die Symptome im Kontext der Familie betrachtet und das gesamte Familiensystem als Gegenstand der Pflege behandelt. Sie orientiert sich an der Systemtheorie und nutzt psychologische Methoden wie psychologische Unterstützung (sowohl verbal als auch nonverbal), psychologische Beratung, Zuhören, Empathie, aktive Interpretation, Ressourcenorientierung und die Erstellung einer Familiengenealogie als Teil des Pflegeprogramms. Dieser Ansatz zielt darauf ab, den ungünstigen Interaktionsmodus zwischen Patienten und ihren Familien zu ändern und dadurch eine doppelte Veränderung von System und Individuum zu fördern. Die systemische Pflegegruppe setzt sich aus den Pflegefachkräften zusammen aus sieben stationären Abteilungen, die am SYMPA-Projekt teilgenommen haben unter Leitung der Pflegedienstleitung. Die Pflegekräfte integrieren die systemischen Methoden in ihren Pflegealltag, führen monatlich eine systemische Stationsvisite durch und laden die Ärzte zu einem Feedback ein. Die systematische Pflegearbeit wird von einem professionellen psychologischen Dienst begleitet.

2. Psychologische Familiengespräche mit hospitalisierten Patienten (Januar 2019–Dezember 2019):

Vorbereitende Untersuchungen der Projektgruppe ergaben, dass kognitiv-behaviorale Interventionen im Zusammenhang mit einer medikamentösen Behandlung nur eine begrenzte Wirkung auf die Verbesserung der Behandlungcompliance bei Personen mit einer ersten Episode hatten. Unter den Patient*innen mit chronischen Krankheiten in der Gemeinde hatten weibliche Patienten, unverheiratete Patient*innen, Patient*innen, die bei Familienmitgliedern leben, und Patient*innen mit häufigen Krankenhausaufenthalten ein hohes Selbst-

stigma und ein geringes subjektives Gefühl der Lebensqualität^{5,6,7}. Die Untersuchung ergab, dass die meisten der Patient*innen mit psychischen Störungen, die in unsere Klinik kamen, eine belastete Familienatmosphäre hatten, einen geringen Grad an Persönlichkeitsdifferenzierung aufwiesen und einer starren Entweder-Oder-Denkweise folgten. Mit anderen Worten: Die Familien der meisten Patient*innen mit psychischen Störungen zeichneten sich durch ihr eingeschränktes Funktionieren, durch unzureichende Unterstützungsleistungen, mangelnde Flexibilität in der Kommunikation und im Gefühlsausdruck der Familienmitglieder sowie Anfälligkeit für Extremismus aus. In „Talk, Simple, Not Simple“, einem Kommunikationstrainingsprogramm, das von gemeindepsychiatrischen Rehabilitationszentren durchgeführt wurde, stellen wir fest, dass die Kommunikationsversuche der Patient*innen bei ihren Familien häufig auf negative Reaktionen stießen. Wenn zum Beispiel eine Patientin (Tochter) aktiv versuchte zu kommunizieren, schien die Familie (Vater) nicht zu kooperieren und zeigte sich abweisend, indem er sagte: „So kann ich nicht mit dir reden, sonst wirst du frech und ungehorsam.“ Wenn die Familie die Fortschritte des Patienten rechtzeitig erkennen kann und positive Reaktionen und Rückmeldungen gibt, wenn der Patient sich positiv verhält, dann kommt dies der Förderung und Konsolidierung des positiven Verhaltens des Patienten zugute. Dies zeigt, dass die Intervention auf familiärer Ebene und die Veränderung der Funktionsweise des Systems für eine stabile Rehabilitation der Patient*innen von entscheidender Bedeutung sind. Daher haben wir die Familienmitglieder der hospitalisierten Patient*innen interviewt und dabei zwei Zwecke verfolgt: Zum einen haben wir die positive Wirkung der Familienmitglieder auf die Rehabilitation der Patienten gesehen und bestätigt und zum anderen haben wir die Familienmitglieder ermutigt, zu versuchen, das vernünftige Verhalten der Patienten zu verstehen und zu bestätigen.

Auf dieser Grundlage zielt das Familieninterview bei Patient*innen darauf ab, eine erste psychologische Intervention bei der Familie des Patienten mit

Hilfe eines Gesprächs durchzuführen. Das Hauptziel besteht darin, den Übergang der Sichtweisen der Familienmitglieder auf die Krankheiten und die Probleme von der „Problemorientierung“ zur „Ressourcenorientierung“ und von der Fokussierung auf die Defekte der Patient*innen und Familien zur Entdeckung der „Ressourcen“, die in ihrem System bereits vorhanden sind, zu fördern. Das heißt, das Gespräch zielt darauf ab, die vorhandenen Ressourcen der Familie positiv zu sehen und die aktuellen Symptome unter positiven Gesichtspunkten zu interpretieren und sie aus einer neuen Perspektive zu beschreiben, anstatt eine überkritische und anklagende Haltung einzunehmen. Orientiert am Prinzip der Ressourcenorientierung unterstützt diese Methodik auf individueller Ebene die hospitalisierten Patient*innen dabei, die durch ihre

Krankheit gemachten Erfahrungen in neue Ressourcen umzuwandeln, ihr psychologisches Selbstverständnis und das Verständnis ihres eigenen Verhaltens zu verbessern und ihren Fokus von den eigenen Risiken und Schwächen auf die Vorteile und Fähigkeiten zu verlagern, die sie bereits haben, um so das Wachstum der Individuen zu fördern. Die Familien wurden auch darin unterstützt, ihre Einstellung zu ändern und den Patient*innen nicht mehr nur als „Problemträger“ in der Familie zu identifizieren und zu erkennen, dass die Manifestationen des Patienten das Ergebnis von systemischen Interaktionen sind. Die internen Ressourcen in systemischen Handlungsvollzügen sollen dabei erkannt und eine gleichzeitige Stärkung des Individuums und der Familie durch aktive Förderung des Wandels des Systems erreicht werden. Diese Arbeit kann eine solide Grundlage bilden für die im Anschluss an die Behandlung weiterführende Therapie der Schizophrenie, für die Rückfallprophylaxe und die Rehabilitation der sozialen Funktionen.

3. Entlassvorbereitungsgruppe (seit Januar 2022):

Die „Übergangszeit“ von der Krankenhausbehandlung bis zur Rückkehr in die Familie und die Gemeinde ist eine kritische Phase in der Rehabilitation

Die „Übergangszeit“ von der Krankenhausbehandlung bis zur Rückkehr in die Familie und die Gemeinde ist eine kritische Phase in der Rehabilitation

von Patient*innen mit psychischen Störungen⁸. Die Entlassvorbereitungsgruppe für Patient*innen mit psychischen Störungen ist eine der professionellen Dienstleistungen, die vom Sozialdienst unseres Krankenhauses angeboten werden. Ziel ist es, medizinische Behandlungsleistungen und soziale Hilfen zu integrieren, Rückfälle zu reduzieren, die Rehabilitation zu fördern, die Anpassungsfähigkeit von Patient*innen und Familien an die Gesellschaft zu unterstützen und die Stigmatisierung zu verringern⁹.

Bei der Entlassplanung steht die soziale Unterstützung in einem engen und positiven Zusammenhang mit der Bereitschaft der Patient*innen zur Entlassung. Dabei ist die Unterstützung durch die Familie für die „Rückkehr nach Hause“ und die „Rückkehr in die Gemeinde“ entscheidend¹⁰. Bei der Arbeit der Entlassvorbereitungsgruppe werden daher die Familienmitglieder - insbesondere die familiären Betreuer*innen und gesetzlichen Sorgeberechtigten - ermutigt, am Entscheidungsprozess teilzunehmen und den Entlassplan mit dem Patienten zu besprechen, zu entwickeln und umzusetzen. Da die psychiatrische Versorgung derzeit krankenhauszentriert ist und die gemeindebezogenen Dienste unzureichend sind und nicht genügend Personal und nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, ist eine maßgeschneiderte und kurzfristige Entlassvorbereitung für die verschiedenen Patient*innen weniger wahrscheinlich. Systemische Konzepte und damit die Einbeziehung von Familienmitgliedern von Patient*innen mit psychischen Störungen in die familienübergreifende Entlassvorbereitungsgruppe sind ein effektiver und praktischer Ansatz für die Rehabilitation der Patient*innen. Gleichzeitig können die verschiedenen Familien voneinander lernen, und diese Praxis kann das Gefühl der sozialen Unterstützung verstärken, die Stigmatisierung verringern und eine kontinuierliche Rehabilitation beim Übergang der Patient*innen vom Krankenhaus in das soziale Umfeld fördern.

Die umfassende Nutzung der Ressourcen auf mehreren Ebenen zur Förderung der Rehabilitation von Patient*innen mit psychischen Störungen, die Förderung des Ausbaus der medizinischer Dienste und die Verbesserung der Zugänglichkeit medizinischer Dienste sind Entwick-

lungstrends des medizinischen Systems für die Zukunft, um dem Konzept der Weltgesundheitsorganisation besser zu entsprechen: „sicherzustellen, dass die Menschen kontinuierliche Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung, Behandlung, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und andere Behandlungsdienste erhalten und dass ihre Bedürfnisse während des gesamten Lebensverlaufs erfüllt werden“.

4. Psychologische Interviews mit Patient*innen und Familienangehörigen in der Gemeinde (Januar 2020–Dezember 2020):

Langfristige und stabile Behandlungs- und Rehabilitationsdienste nach der Entlassung sind entscheidend für die Rehabilitation von Patient*innen mit psychischen Störungen. Der Mangel an Ressourcen für die familiäre und soziale Rehabilitation sowie die Stigmatisierung und die Zugangsschwellen von Diensten beeinflussen die Behandlungcompliance und führen zu einer schlechten Anpassung an das soziale Leben und zu hohen Rückfallquoten bei Patient*innen mit psychischen Störungen, wodurch das Phänomen der „Drehtür“¹¹ befördert wurde. Die Projektgruppe hat versucht, Interviews mit Familien von Patient*innen zu führen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, in ihre Familien und Gemeinden zurückgekehrt sind und in das gemeindebezogene Betreuungssystem für psychische Gesundheit aufgenommen wurden. Ziel dieser Gespräche ist es, den Patient*innen und ihren Familien zu helfen, die professionellen Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte besser zu verstehen und die Behandlungcompliance zu fördern, und gleichzeitig der Projektgruppe zu ermöglichen, die Hauptschwierigkeiten und -probleme der Patient*innen nach ihrer Rückkehr in die Familie und das soziale Leben zu verstehen. Durch die Befragungen hoffen wir, die Zugänglichkeit psychologischer Dienste zu verbessern, die Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung für psychische Gesundheit zu fördern und die Fähigkeit der kommunalen Gesundheitszentren zu verbessern sowie allgemeine psychische Gesundheitsdienste

anzubieten, um so den Mangel an medizinischen Ressourcen zu lindern und die belastete Arzt-Patienten-Beziehung zu entspannen.

Nach der Befragung der Familienmitglieder der stationär behandelten Patient*innen haben wir 20 Gruppen von Patient*innen und Familienmitgliedern in der Gemeinde ausgewählt, um herauszufinden, welche dringenden Probleme sie in ihrem täglichen Leben haben und auf welche Ressourcen sie in schwierigen Zeiten zurückgreifen können, um das Problem der mangelnden Behandlungcompliance und der niedrigen Beschäftigungsquote der Patient*innen in der gemeindenahen Rehabilitation zu lösen. Obwohl die Ressourcen in einigen Familien begrenzt sind, verfügt jede Familie über Ressourcen und solange wir das Wissen und die Fähigkeiten der Familien umfassend ergründen, erweitern und sie stärken, kann die Fähigkeit einer Familie, ihre „eigenen Ressourcen“ zu entdecken, verbessert werden. Das hilft den Familien und Patient*innen, zu lernen, mit der Krankheit zu leben und die Auswirkungen der Krankheit auf ihr eigenes Leben zu minimieren.

Zu den wichtigsten Problemen gehört die geringe Akzeptanz der Patient*innen und ihrer Familien gegenüber Psychotherapie. Beeinflusst von traditionellen Methoden neigen sie immer noch zu medikamentösen Lösungen.

Im Zuge der Befragung ist es beispielsweise leicht festzustellen, dass die überwiegende Mehrheit der Familien und Erziehungsberechtigten - unter dem Einfluss der asiatischen Kultur, in der Familienbeziehungen einen hohen Stellenwert haben - nie in Erwägung gezogen hat,

die Betreuung der Patient*innen aufzugeben. In dieser Kultur kümmern sich die Eltern um ihre Kinder, die Ehemänner um ihre Frauen, die Geschwister um ihre kranken Geschwister usw. In China wurden nach und nach umfassendere Strategien für die Behandlung und zum Schutz von Patient*innen mit schweren psychischen Störungen formuliert. Zu den regelmäßig gewährleisteten Schutzmaßnahmen gehören die Reduktion der Krankenhausbehandlungskosten, die kostenlose Bereitstellung von Medikamenten für arme Patient*innen und die Unterstützung bei der Behandlung schwerer und schwerwiegender Krankheiten usw. Die Formulierung und Umsetzung dieser integrativen Maßnahmen hat die Bereitschaft der Patient*innen und ihrer

Familien, eine kontinuierliche und stabile Behandlung in Anspruch zu nehmen, deutlich gefördert.

Zu den wichtigsten Problemen, die sich bei dieser Arbeit ergaben, gehört die geringe Akzeptanz der Patient*innen und ihrer Familien gegenüber Psychotherapie. Beeinflusst von traditionellen medizinischen Methoden neigen die Familien immer noch dazu, Krankheiten beseitigen zu wollen und den einzigen, leicht zu handhabenden Ansatz der medikamentösen Therapie zu wählen. Dies deutet darauf hin, dass es in Zukunft notwendig ist, die mit psychischen Störungen verbundenen psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren in den Populärwissenschaften zu erläutern und in die Prävention einzubeziehen, um ein systematisches Verständnis psychischer Störungen in der Öffentlichkeit - einschließlich dieser Patient*innen und ihrer Familien - und ein „bio-psycho-soziales“ Verständnis zu fördern. Darüber hinaus befürchten Patient*innen und Betreuer*innen, dass es bei der Teilhabe der Patient*innen am gesellschaftlichen Leben, einschließlich der Arbeit, zu sozialen Konflikten und Rückfällen kommen kann aufgrund von Überforderungen und zu einer erhöhten Belastung für andere und die Gesellschaft. Dies sind Schlüsselfaktoren, die die Patient*innen bei ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft einschränken und steht auch in engem Zusammenhang mit dem Verständnis und der Akzeptanz von Patient*innen mit psychischen Störungen in der Gesellschaft und deutet darauf hin, dass das „soziale System“ ein wichtiger Bestandteil der systemischen Arbeitsweise ist, der nicht vernachlässigt werden sollte.

Ausblick

Die Einladung von deutschen Fachleuten zu Weiterbildungsseminaren vertieft das Verständnis der verschiedenen Professionen im Krankenhaus für das Konzept der „systemischen“ Herangehensweisen und ermutigt das Personal, neue Konzepte kreativ in seine ursprüngliche Arbeit zu integrieren. Unter dem Einfluss der unterschiedlichen medizinischen Systeme in China und Deutschland, des Mangels an Fachkräften und der Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie haben diese Versuche noch nicht zu einer systematischen Reform auf Krankenhausebene

oder zum noch größeren Nutzen für Patient*innen und Familien geführt. Dennoch können Erprobungen in kleinem Rahmen Fachkräfte, Patient*innen und ihre Familien für den Nutzen der „systemischen“ Arbeitsweise in der alltäglichen Arbeit sensibilisieren. Dadurch kann die Rehabilitation der Patient*innen und der familiäre Zusammenhalt gefördert werden. Der Ansatz ist ein kollektiver und kreativer Versuch im Rahmen des psychiatrischen, biologisch orientierten Mainstream-Konzepts der medizinischen Einrichtungen für psychische Gesundheit in China.

Diese Bestrebungen wurden auch in dem Untersuchungsbericht und den Bericht über Psychosozialen Dienste in Shanghai Pudong New Area integriert. Während dieses Prozesses wurden allgemeine Probleme der Arbeit für die psychische Gesundheit in China sichtbar. Zum Ersten führt der Mangel an professionellen medizinischen und personellen Ressourcen, insbesondere auf der Ebene der Gemeinde, zu einer begrenzten Bedarfsdeckung der medizinischen und rehabilitativen Ressourcen. Im Shanghai Pudong New Area wird z.B. das Management der gemeindenahen Präventions- und Behandlungsdienste von 47 kommunalen Gesundheitszentren übernommen. Jede Gemeinde verfügt über ein oder zwei medizinische Betreuer*innen für die Bewohner*innen und jedes medizinische Betreuungspersonal der Gemeinde muss im Durchschnitt 530 Patienten*innen mit schweren psychischen Störungen betreuen, so dass die Arbeitsbelastung ständig zu hoch ist. Zweitens ist die fachliche Zusammensetzung des Teams für psychische Gesundheit relativ einseitig, und der Mangel an psychologischen Fachkräften und Sozialarbeiter*innen erschwert die Förderung psychologischer Konzepte und psychologischer Dienstleistungen im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess. Das Konzept, der medizinischen Behandlung den Vorzug zu geben und die Prävention zu vernachlässigen, führt dazu, dass dem Einsatz und der Förderung von psychiatrischen Abteilungen, klinischer Psychologie, psychologischen Berater*innen, medizinischem Pflege-

personal, Sozialarbeiter*innen usw. im medizinischen Gesundheitssystem nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Gleichzeitig gibt es immer noch Defizite beim Aufbau von Abteilungen in medizinischen Einrichtungen. Obwohl verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um klinische psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern in China einzurichten, sind die für die psychologischen Fachkräfte bereitgestellten Stellen immer noch unzureichend, was zu einem Mangel an psychologischen Fachkräften in medizinischen Einrichtungen und einem Mangel an Kapazitäten bei psychologischen Dienstleistungen führt.

Drittens deckt die derzeitige Krankenversicherung die Kosten für psychologische Beratung und Psychotherapie nicht angemessen ab, was die Patient*innen davon abhält, professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen. Diese gegenwärtige Krankenversicherungspolitik führt dazu, dass die Patient*innen nicht genügend psychologische Beratung und Psychotherapie über die Krankenversicherung bezahlt bekommen, was ein wichtiges Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Dienstleistungen durch Patient*innen und ihren Familien darstellt.

Viertens sind das Bewusstsein, die Aufmerksamkeit und die Akzeptanz der Öffentlichkeit für psychische Gesundheit, insbesondere für schwere psychische Störungen, nicht hoch. Die Stigmatisierung psychischer Probleme führt dazu, dass die Bereitschaft, eine professionelle Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, gering ist. Gleichzeitig erschwert die durch soziale Diskriminierung verursachte Stigmatisierung die Wiedereingliederung von Patient*innen mit schweren psychischen Störungen in die Gesellschaft. Um zu verstehen, wie die oben genannten Zwänge überwunden und die „systemische“ Arbeitsweise im gesamten Prozess des psychologischen Dienstes in der Anwendung gefördert werden kann, sind daher ständige Überlegungen und Untersuchungen erforderlich.

Danksagungen

Y Guo, Y Lu, ZC Cao, YY Sun, Q Wang und CP Hu, Mitglieder der Abtei-

Die Stigmatisierung psychischer Probleme führt dazu, dass die Bereitschaft, eine professionelle Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, gering ist. Gleichzeitig erschwert es die Wiedereingliederung von Patient*innen.

lung Chronic Disease Control and Prevention in der Psychiatrie, sind für die Interviews in der Gemeinde zuständig; YH Chen, XY Zhang und BH Huang, Sozialarbeiter, sind für die Befragung zur Vorbereitung der Entlassung verantwortlich; HY Qin und Ling Wang sind für die Befragung der Familien der stationären Patienten zuständig; und HY Qin, Ling Wang, FZ Chen, L Liu und XD Zhao sind für die Schulungen der Gruppen aller Mitarbeiter von SYMPA verantwortlich. ●

Anmerkungen

1. Qin, H., et al., Bericht aus Shanghai: das Pudong New Area Mental Health Center startet Sympa-Projekt. *Familiendynamik*, 2019. 44(03): p. 198-203.
2. Dirik, A., et al., Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*, 2017. 7(9): p. e017680.
3. von Sydow, K., et al., The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process*, 2013. 52(4): p. 576-618.
4. Onwumere, J., et al., The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships. *Psychol Psychother*, 2019. 92(1): p. 1-19.
5. Fan, X., et al., Retrospective Evaluation of the Correlation Between Previous Hospitalizations, the Type of Current Living Space, and Quality of Family Function. *Front Psychiatry*, 2020. 11: p. 215.
6. Guo, Y., S. Qu, and H. Qin, Study of the relationship between self-stigma and subjective quality of life for individuals with chronic schizophrenia in the community. *Gen Psychiatr*, 2018. 31(3): p. e100037.
7. Wang, L., et al., Correlation Analysis of the Quality of Family Functioning and Subjective Quality of Life in Rehabilitation Patients Living with Schizophrenia in the Community. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(7).
8. Galvin, E.C., T. Wills, and A. Coffey, Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *J Adv Nurs*, 2017. 73(11): p. 2547-2557.
9. Weiss, M.E., et al., Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital: The READI Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*, 2019. 2(1): p. e187387.
10. Mabire, C., et al., Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 2019. 90: p. 13-20.
11. Qin, H., et al., Duration of untreated psychosis and clinical outcomes of first-episode schizophrenia: a 4-year follow-up study. *Shanghai Arch Psychiatry*, 2014. 26(1): p. 42-8.

Die psychiatrische Versorgung in Dänemark

Superkrankenhaus versus Sozialraumnähe

Von Lena Suchanek, Karen Rose Steen Schrøder und Robert Bering

Einleitung

Skandinavien steht für Modernisierung, Liberalisierung und Digitalisierung. Wir werfen einen Blick auf die psychiatrische Versorgung in Dänemark und interessieren uns für folgende Fragen:

- Welche strukturellen Unterschiede der Gesundheitssysteme sind zwischen Dänemark und Deutschland gegeben?
- Welche Möglichkeiten bietet die Digitalisierung des Gesundheitswesens?
- Wie gelingt es Dänemark trotz Zentralisierung der Versorgung durch „Superkrankenhäuser“ Sozialraumnähe zu gestalten?
- Welchen Stellenwert hat die Psychotherapie?

In unserem Beitrag antworten wir auf diese Fragen und wägen ab, in welchen Punkten Dänemark Modellcharakter hat. Hierbei beginnen wir mit der Ausgangslage und stellen die Grundzüge des Zentralisierungskonzeptes der psychiatrischen Versorgung dar. Anschließend beschreiben wir Merkmale der Rehabilitation, die Sozialraumnähe schafft.

Länderspezifische Unterschiede der Gesundheitssysteme

Dänemark ist ein Königreich, das durch nationale Verbundenheit geprägt ist. Die zentrale Steuerung hat eine lange Tradition – hierdurch zeichnet sich auch das Gesundheitswesen aus. Im Unterschied hierzu ist in Deutschland die politische Ordnung föderal. In Deutschland sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), die gesetzlichen Rentenversicherungen oder die gesetzliche Unfallversicherung Beispiele für unterschiedliche Leistungsträger, die in eigene Rechtsräume der Sozialgesetzbücher gegliedert sind. In Dänemark sind die Leistungsträger der Krankenbehandlung und Rehabilitation im Wesentlichen die fünf Regionen



Lena Suchanek

Institut für Psychologie und Psychotherapie in der Heilpädagogik und Rehabilitation, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln.



Robert Bering

Institut für Psychologie und Psychotherapie, Universität Köln. Regi-onspsychiatri Gødstrup, NIDO – Center for Research and Education, Herning, Denmark.

K.R. Steen Schrøder

Regionspsychiatri Gødstrup, NIDO – Center for Research and Education, Herning, Denmark.



und die 98 Kommunen des Landes. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens werden auf nationaler Ebene ministeriell bestimmt und durch die Nationale Gesundheitsbehörde [Sundhedsstyrelsen] umgesetzt. Gleichmaßen ist z.B. die Aufsichtsbehörde der Patientensicherheit [Styrelsen for patientensikkerhed] auf nationaler Ebene angesiedelt.

Während man in Deutschland auf den Wettbewerb zwischen und unter den gesetzlichen und privaten Krankenkassen setzt [das gilt auch für die Leistungserbringung im Krankenhauswesen], so gibt es in Dänemark eine öffentliche Krankenversicherung, die sich über Steuernahmen finanziert. Das Leistungsspektrum der dänischen Krankenversicherung [sygesikring] ähnelt dem Leistungsspektrum der GKV, allerdings werden zahnärztliche Leistungen, Medikamente und psycho-