

Trautes Heim – nicht allein

Seit Januar können psychiatrische Kliniken Patienten auch zu Hause behandeln. Eine sinnvolle Sache, doch bei der Umsetzung hapert es noch.

Von Eva Schläfer

Wenn sie die Wahl hätten, würden die meisten Menschen gerne auf einen Krankenhausaufenthalt verzichten. Patienten mit körperlichen Erkrankungen hält diese Abneigung aber trotzdem in der Regel nicht von dem Gang in die Klinik ab. Sie wissen, dass eine stationäre Behandlung manchmal nicht zu umgehen ist und sie in aller Regel wieder gesund macht. Zudem gibt es zu größeren Operationen keine Alternative.

Bei manchen Patienten mit psychischen Erkrankungen stellt sich die Situation anders da. Ein stationärer Aufenthalt ist für eine überschaubare Gruppe psychisch Kranker – nach Schätzungen handelt es sich um rund zehn Prozent der Patienten – keine geeignete Behandlungsmethode, auch wenn der Aufenthalt in einer Psychiatrie aufgrund der Schwere der Erkrankung notwendig wäre. Christoph Fehr, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Agaplesion-Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main zählt Patienten auf, die kaum oder gar nicht von einem Krankenhausaufenthalt überzeugt werden können: Menschen, die aufgrund einer Schizophrenie ihr Wohnumfeld nicht mehr verlassen oder gar nicht wahrnehmen, dass sie krank sind. Leute mit einer schweren Angststörung, die keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen. Suchtmittelkranke Patienten, die nicht in der Lage sind, das Abstinenzgebot im stationären Rahmen einzuhalten. Aber auch Kranke, die in die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder von Kindern eingebunden sind.

Für diese Patienten gibt es seit 1. Januar 2018 neue gesetzliche Voraussetzungen, die ihnen eine Behandlung zu Hause, in ihrem vertrauten Umfeld, ermöglichen – und das nicht durch den niedergelassenen Facharzt oder die Gemeindepsychiatrie, sondern durch die Krankenhäuser selbst. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) erwei-

tert das Angebotsspektrum der psychiatrischen Kliniken um die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“. Sie ist ein Teilaspekt des „Home Treatment“.

Gemeint ist damit die aufsuchende Behandlung des Patienten durch Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter und Pflegepersonal in seinem Lebensumfeld unter Einbeziehung seines sozialen Netzwerks, und das täglich. Der Patient muss also nicht mehr stationär aufgenommen werden, damit die Klinik für die Behandlung ausreichend Geld bekommt, sondern die Klinik kann multiprofessionelle Teams nach Hause zum Patienten schicken. Der Patient verbleibt in seinem psychosozialen Umfeld und in Beziehungen zu den Personen, die ihm wichtig sind. „Das ist eigentlich eine Revolution, weil man Krankenhaus jetzt anders definiert“, sagt Arno Deister.

Deister, Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe, ist einer der Pioniere des Home Treatment in Deutschland. Seine Klinik startete dazu vor 16 Jahren das erste deutsche Modellprojekt. Im Laufe der Jahre folgten weitere 19 Modellprojekte in ganz Deutschland. Die Idee dahinter: Die Klinik wird von der Kasse nicht mehr für eine Einzelleistung, sondern für eine Aufgabe bezahlt. „Unser Klinikum in Itzehoe ist für den Kreis Steinburg mit 135 000 Einwohnern zuständig, und unsere Aufgabe lautet, eine Versorgung für alle anzubieten, die eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung brauchen. Dafür bekommen wir pauschal eine bestimmte Menge Geld“, erläutert Deister.

Die Vorteile dieser Herangehensweise sieht er vornehmlich in zwei Punkten. Zum einen überwinde sie eine schwierige Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems. „Wenn wir eine Gesundheitsleistung erbringen, überlegen wir immer, ist sie stationär oder ambulant oder tagesklinisch.“ Gerade in der Psychiatrie sei diese Fragmentierung ein Problem, erfolgten doch viele Erkrankungen relativ frühzeitig im Leben und würden häufig chronisch. Aus der Praxis



weiß Deister, dass es deshalb für viele Patienten eine große Belastung sei, mal stationär, mal ambulant und damit jedes Mal wieder von anderen Menschen an anderen Orten behandelt zu werden. Das seien Probleme, die häufig zu Therapieabbrüchen führten. Die stationsäquivalente Variante befähige die Kliniken nun, die Behandlung der Patienten beziehungskonstant und unabhängig davon zu planen, wo sie sich gerade befänden.

Zum anderen habe das Modellprojekt an seiner Klinik gezeigt, dass sich die Psychiatrie durch ein flexibles Budget dramatisch verändere, nämlich viel am-

bulanter werde. Im „alten System“ werde der Patient stationär behandelt, weil nur so die Abrechnung des deutlich höheren Tagessatzes für Klinikaufenthalte im Vergleich zu ambulanter Behandlung möglich sei. „Wenn ich jetzt aber nicht mehr in stationär und ambulant denke, sondern für jeden Patienten eine bestimmte Summe pro Jahr zur Verfügung habe, kann ich die Leute nach Hause bringen, da ich finanziell nicht mehr dafür bestraft werde“, sagt der Mediziner. Dies reduziere die stationären Aufenthalte deutlich. Trotz seiner Begeisterung für die ambulante Behandlung betont

Deister, dass jeder Patient, der den Schutz der Klinik benötigt, ihn auch zukünftig erhalten müsse.

Auch wenn es theoretisch überall seit 1. Januar entsprechende Angebote geben könnte, müssen sich viele Patienten noch gedulden. Die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legten im vergangenen Oktober zwar den finanziellen Grundstein für die Behandlung im häuslichen Umfeld. Für die Krankenhäuser heißt es nun aber erst einmal, ein entsprechendes Budget mit den Krankenkassen auszuhandeln, bevor konkrete Angebote für die Patien-

In den eigenen vier Wänden bleiben und trotzdem medizinische Behandlung erfahren zu können kann für Menschen mit psychischer Erkrankung eine große Erleichterung sein.

Foto Plainpicture

ten gemacht werden können. Das wird daher häufig erst zum Jahr 2019 an der Fall sein.

Um gut vorbereitet in die Kostenträgerverhandlungen gehen zu können, wollen Christoph Fehr vom Frankfurter Agaplesion-Markus-Krankenhaus und sein Team zunächst klären, welche und wie viele Patienten es sein werden, die man bislang nicht erreicht und versorgt, und welche Vorbereitungen von Seiten der Klinik getroffen werden müssen. Aus den Modellprojekten ist bekannt, dass die Vorbereitung der Mitarbeiter auf den Einsatz zu Hause aufwendig ist. Die Rollen von Behandelndem und Behandeltem ändern sich, wenn der eigentlich Tonangebende in dieser Beziehung zu Gast ist. Zudem beeinflusst es die Herangehensweise, wenn der Patient vom Therapeuten im Wechselspiel mit seinen Angehörigen erlebt wird. Der Patient ist nicht mehr Einzelphänomen.

Wie so oft im Gesundheitssystem gilt außerdem auch bei dieser Neuerung: „Die eine Seite ist, was wir inhaltlich wollen, die andere Seite, was die Kassen bereit sind zu zahlen“, sieht es Mediziner Fehr pragmatisch, der die neue Behandlungsmöglichkeit jedoch begrüßt. Er glaubt, dass Krankenhausaufenthalte durch die Betreuung zu Hause im Übergang oder im Vorfeld einer vollstationären Behandlung vermieden werden können.

Die Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung liegt bei den Krankenhäusern. Grundsätzlich sind jedoch die Rahmenbedingungen gegeben, auch die niedergelassenen Fachärzte und die Gemeindepsychiatrien in die ambulante Versorgung von Patienten miteinzubeziehen – das ist schließlich deren ureigene Aufgabe. Auch Arno Deister, zurzeit auch Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, befürwortet das. Seine Fachgesellschaft hat daher eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, in der alle Akteure gemeinsam ausloten, wie die zukünftige Zusammenarbeit aussehen kann und Qualitätskriterien entwickeln.

Wo Forschung sich mit Verschwörung mischt

Fluorid – erste Verbraucherschützer rufen nach Verbot“, schlug die großformatige Zeitungsanzeige Ende Januar in ganz Deutschland Alarm. Der Stoff lagere sich womöglich als Gift im Körper ab, hieß es weiter. Die Anzeige bot, günstig, eine Lösung: Karex, eine Zahnpasta ohne Fluorid, die dennoch gut gegen Karies helfe. Auf die Anzeige folgten: die wütende Reaktion der Bundeszahnärztekammer („unbegründete Verunsicherung der Bevölkerung“) und eine weitere Anzeige des Pastenherstellers, diesmal als offener Brief: Man wolle niemanden Fachmeinung in Frage stellen. Aber zur „Einnahme von Fluorid“ gebe es „unterschiedliche Meinungen“.

Was ist das los? Warum bringt ausgerechnet ein Putzzeug-Hersteller Zahnärzte so gegen sich auf? Und ist Fluorid tatsächlich gefährlich?

Es geht in dieser Geschichte nicht nur um eine Werbung, die – gewollt oder ungewollt – möglichst laut provoziert. Es ist auch die Neuaufgabe eines ewigen Streits, bei dem sich medizinische Forschung und Verschwörungstheorien mischen.

Dietmar Oesterreich kennt den Streit schon sehr lange, er kann als Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer die Argumente seiner Zunft herunterbeten: „Fluorid ist ein zentraler Faktor bei der Kariessenkung – ohne den Stoff hätten wir die Verbreitung von Karies nicht so weit zurückdrängen können.“ Der Mundgesundheitsstudie von 2016 zufolge, einer Untersuchung im Auftrag der Bundeszahnärztekammer, haben heute mehr als 80 Prozent aller Zwölfjährigen

kein Karies. Und die Anzahl der Zähne, die bei den Menschen zwischen 35 und 44 Jahren von Karies befallen waren oder sind, ist seit 1997 um 30 Prozent gesunken. Das liegt zwar sicher auch an Putzkampagnen in den Schulen und Kindergärten und an besseren Zahnbürsten. Fluorid aber wird große Bedeutung beigemessen: Der Stoff unterstützt den Körper dabei, Calcium und andere Mineralien in den Zahnschmelz einzubauen, und beugt so Karies vor.

Und die Angst, Fluorid könne giftig sein? Die hat Oesterreich zufolge etwas mit einem Missverständnis zu tun: Hochgiftiges Fluorid frisst sich tatsächlich durch vieles hindurch. Das Salz Fluorid hingegen ist in geringen Mengen ungefährlich. Wer allerdings über Jahrzehnte viel zu viel Fluorid aufnimmt, dessen Knochen können brüchig, seine Nieren geschädigt werden. Unter anderem deswegen ist der Stoff sehr gut untersucht. Mit täglichem Zähneputzen jedenfalls setzt sich niemand einer Gefahr aus. Vielmehr ist es so: Dem Bundesinstitut für Risikobewertung zufolge reicht die Menge von Fluorid, die wir Deutschen so nebenher aufnehmen, über das Trinkwasser etwa oder fluoridiertes Salz, nicht aus, um Karies vorzubeugen.

Anruf in Japan – in einem Land, in dem Fluoride in der Zahnpasta weniger verbreitet sind, und bei einem, den das Thema bewegt. Eduard R. Dörrenberg ist Geschäftsführer der Dr. Kurt Wolff GmbH, dem Bielefelder Familienunternehmen also, das die Zahnpasta Karex herstellt und die neue Runde im Fluorid-

Der Hersteller einer Zahnpasta schürt die Angst vor Fluorid – und bringt Zahnärzte gegen sich auf.

Von Denise Peikert



Mit Fluorid oder ohne? Bislang eher eine Glaubensfrage. Foto Getty

rid-Streit ausgelöst hat. „Ich kann die ganze Aufregung nicht verstehen“, sagt Dörrenberg, der in Asien lebt. „Karies ist alles andere als ausgerottet, und damit sind Alternativen dringend notwendig.“ Er betont andere Zahlen aus der Mundgesundheitsstudie: Nur zweieinhalb Prozent der heute 35 bis 44 Jahre alten Deutschen hatten noch nie Karies. Außerdem ist dem Firmenchef wichtig: Viele ältere Menschen, die, zum Beispiel wegen bestimmter Medikamente, zu wenig Speichel haben, litten unter Alterskaries. Weil Speichel nötig ist, damit Fluorid-Pasten funktionieren, würden die bei dem Problem nicht helfen. „Wir wollen, dass der Verbraucher eine Wahl hat“, sagt Dörrenberg.

Nur: Ist es okay, für eine mutmaßliche Fluorid-Alternative mit Angst vor Fluorid zu werben? Für sein Marketing zitiert Dr. Wolff eine Studie, die eine Gefahr für die Intelligenz ungeborener Kinder durch zu viel Fluorid nahelegt. Sie stammt aus Mexiko – einem Land, in dem, unter anderem, der Fluoridgehalt im Trinkwasser deutlich höher ist als in Deutschland. Wenn man Karex-Hersteller Dörrenberg darauf anspricht, sagt er, er habe nie behauptet, dass Fluorid gefährlich sei. Und er erwähnt dann, dass manche von einer Fluorid-Mafia sprächen, wo doch die Kosmetikindustrie seit Jahren keine Alternative mehr zu dem Stoff erforscht habe. Ein Raunen ist das, wie es auch Verschwörungstheoretiker nutzen – die nämlich haben Fluorid als ein Mittel ausgemacht, das die Bevölkerung systematisch ver-dummen soll.

Ulrich Schlagenhaut regt das Raunen auf – weil er findet, dass so eine vielleicht sinnvolle Diskussion früh erstickt wird. Schlagenhaut ist Professor am Universitätsklinikum Würzburg und hat, das muss man sagen, in dieser Geschichte eine etwas schwierige Rolle: Er hat die Zahnpasta von Dr. Wolff klinisch getestet – im Auftrag des Herstellers. Er ist aber eben auch ein Universitätsprofessor, der zum ersten Mal seit langem überhaupt eine klinische Studie mit einer Alternativpaste organisiert hat. Und Schlagenhaut sagt, dass er dem Unternehmen vor der Untersuchung keine großen Hoffnungen gemacht habe. „Das Ergebnis hat mich dann selbst überrascht.“

In Karex ist statt Fluorid ein Stoff enthalten, aus dem Zahnschmelz großenteils besteht und der Hydroxylapatit heißt. Unter Schlagenhauts Leitung haben rund 150 junge Zahnpangenträger mit Karies ein halbes Jahr lang geputzt – die einen mit Karex, die anderen mit einer sehr guten Fluorid-Zahnpasta. Das Ergebnis: „Zwischen den Pasten war bezogen auf die Kariesentwicklung kein Unterschied“, sagt Schlagenhaut. Der mittlere Karieszuwachs sei in der Fluorid-Gruppe sogar etwas höher gewesen. Schlagenhauts These ist nun, dass Hydroxylapatit-Krümel aus der Karex-Zahnpasta sich auf den Zähnen ablagern – und die kariesverursachende Säure erst einmal diese Krümel auffrisst, statt sich dem Zahnschmelz zuzuwenden.

Als Mediziner hat Schlagenhaut nun gleich zwei Probleme: Er weiß, dass

noch mehr Forschung mit Hydroxylapatit-Pasten nötig sein wird – längere Zeiträume, gesunde Patienten, ältere Patienten. Und er muss sich irgendwie dazu verhalten, dass Dr. Wolff aus seinen Erkenntnissen eine Anti-Fluorid-Kampagne gemacht hat. „Die Werbung hat mir gar nicht gefallen“, sagt er. Hydroxylapatit könne zwar eine Alternative sein. „Aber es gibt keinen Grund, Fluorid madig zu machen und unterschwellig Ängste zu schüren.“

Schlagenhauts Zahnarztkollege Oesterreich von der Bundeszahnärztekammer sieht noch ein drittes Problem: Die Hydroxylapatit-Studie aus Würzburg ist noch nicht publiziert – sie kann also noch gar nicht von anderen Wissenschaftlern bewertet werden. Die Zahnärzte seien die letzten, die sich einem möglichen Fortschritt verschließen würden, sagt Oesterreich. „Aber jeder, der kommt und sagt: ‚Ich hab da was Besseres‘ – der muss das nach wissenschaftlich anerkannten Methoden beweisen.“ Zu Hydroxylapatit gibt es diverse Untersuchungen – zum Beispiel dazu, ob und wie der Stoff einen schon kariösen Zahn heilen könnte. Oesterreich sagt, dass das den Studien zufolge nicht funktionieren, und schon gar nicht durch Putzen.

Und der gemeine Zähneputzer? Der hat ohnehin schon die Wahl: Auch jenseits von Karex gibt es eine Reihe fluoridloser Pasten. Allerdings schneiden die in Untersuchungen wie denen von Stiftung Warentest in der Regel schlecht ab – immer mit dem Hinweis auf den Stand der Karies-Forschung.