

Rainer Kukla

Vortrag anlässlich der Tagung: Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie am 11./12. 10 2007 in der Uni Siegen

„Zur Psychiatriereform in NRW: Zwischen Utopie und Wirklichkeit“

Meine sehr geehrten Damen und Herren....

Zunächst einmal herzlichen Dank für die Einladung und die freundliche Begrüßung.

Im Titel des Vortrages ist ein Spannungsverhältnis zwischen Utopie und Wirklichkeit angesprochen. Hierzu ein paar kurze Anmerkungen:

Utopie bedeutet vom griechischen Ursprung her einen „Nicht-Ort“; eine Welt, die (noch) keinen Ort hat und nur als Gedanke und Idee existiert. Im Sprachgebrauch wird Utopie auch als Synonym für einen von der jeweiligen Gesellschaft vorwiegend als unausführbar betrachteten Plan, Konzept und Vision oder auch Wunschtraum benutzt; bedeutsam für uns eher als Leitstern und Ansporn für Denken und Handeln.

Als Wirklichkeit wird allgemein die Gesamtheit des Realen bezeichnet.

Auch subjektive innere, z.B. emotionale Zustände sind der Wirklichkeit zugehörig, da auch sie Wirkung zeigen (Stichwort Psychosomatik).

LEWIN formulierte: „Wirklich ist, was wirkt.“

Nach WATZLAWICK ist Wirklichkeit das mehr oder weniger "einheitliche Bild", das wir aus unserer subjektiven Erfahrung heraus erschaffen - identisch mit unserem Weltbild bzw. unserer Weltanschauung.

Die Spannung zwischen beiden Begriffen hat übrigens GOETHE – wie ich finde sehr schön - in dem Satz: „Erfahrung ist fast immer eine Parodie auf die Idee“ angesprochen.

Rechnen wir also von vornherein nicht damit, dass Reformen in einem Idealzustand münden.

Ich möchte meinen Vortrag anhand von vier recht einfachen Fragen strukturieren:

- Was war die Idee bzw. was war gewollt?
- Was ist geschehen?
- Wo stehen wir heute?
- Wie soll es weitergehen?

Wenn ich im Folgenden von „Psychiatrie“ spreche, meine ich übrigens immer das gesamte System psychiatrischer Angebote, wobei mir zugegebenermaßen mein Erfahrungshintergrund immer wieder ein Schnippchen schlägt und der Krankenhausbereich dann unbewusst im Vordergrund steht.

Zunächst zur ersten Frage:

(1) Was war gewollt?

Gibt es überhaupt die Utopie einer sozialpsychiatrischen Reform oder der Gemeindepsychiatrie?

Nun, mindestens haben sich die Vorstellungen im Laufe der Zeit gewandelt.

Gemeindepsychiatrie entwickelte sich zunächst als Gegenentwurf zu dem historisch überkommenen anstalts-zentrierten Versorgungssystem.

Dabei orientierte man sich an internationalen Vorbildern im angelsächsischen Raum oder auch in Frankreich (s.z.B. Paris, 13. Arrondissement).

In Nordrhein-Westfalen ist die Reform recht früh in Gang gekommen.

Bereits im Januar 1972 legte der zuständige Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales einen sog. „Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger im Lande Nordrhein Westfalen“ vor.

Darin heißt es:

„Erforderlich ist ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes, abgestuftes System leistungsfähiger, einander ergänzender und leicht erreichbarer psychiatrischer und sozialer Einrichtungen, das psychisch Kranken und geistig Behinderten die nach Art und Grad ihrer Beeinträchtigung jeweils bestmögliche Hilfe zuteil werden lässt. Hierzu gehören klinische Behandlungszentren, halbstationäre Übergangseinrichtungen, Wohn-, Tages- und Arbeitsstätten sowie heilpädagogische stationäre und außerstationäre Einrichtungen für seelisch gestörte und geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Teil dieses Systems sind ebenso ambulante Hilfen jeder Art.“

Als allgemeine Planungsgrundlage wurde damals schon eine sozialpsychiatrische Konzeption formuliert:

„Bei der engen Wechselwirkung zwischen psychischen und sozialen Störungen kann eine zeitgemäße und in die Zukunft weisende Planung der psychiatrischen Versorgung nur eingebettet sein in eine sozialpsychiatrische Gesamtkonzeption. Sozialpsychiatrie will den Verlust des Kontaktes seelisch und geistig Gestörter mit der Familie und der gewohnten Umgebung vermeiden, will Familie und gestörten sozialen Hintergrund mit in die Therapie einbeziehen, will den Kranken so früh wie möglich wieder an Entscheidungen über sein tägliches Leben beteiligen und ihm Selbständigkeit zurückgeben, will ihn so gut und so früh wie möglich wieder an normale Arbeitsgewohnheiten heranzuführen, um ihn konkurrenz- und erwerbsfähig zu halten....

Ortsnahe Versorgung als Prinzip der Sozialpsychiatrie heißt schließlich auch, das gestörte Verhältnis des Nichtbehinderten in der Gesellschaft mit psychisch gestörten und geistig behinderten Mitbürgern zu verbessern...“

Ich finde das schon sehr gut und vollständig auf den Punkt gebracht!

Wenige Monate später (August 1972) erschien der „Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter im Rheinland“ des Landschaftsverbandes Rheinland.

Dort heißt es zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung u.a.:

„Ein psychiatrisches Versorgungssystem entspricht den berechtigten Bedürfnissen der Bevölkerung, wenn es in erreichbarer Nähe eine angemessene Vielfalt von dia- gnostisch-therapeutischen, betreuenden, beratenden und pflegenden Einrichtungen zur Verfügung stellt...“

Die 1975 veröffentlichte sog. Psychiatrie - Enquête (BT -Drucksache 7/4200) betonte im Hinblick auf die Gemeindepsychiatrie neben der Erreichbarkeit und der Vielfalt den Wert von Aspekten wie z.B.

- Überschaubarkeit,
- räumliche Beziehung zur Gemeinde,
- Kooperation und konsiliarische Verknüpfung,
- Aufrechterhaltung der Kontakte und
- einer offenen Psychiatrie.

Eine Weiterentwicklung findet sich in den

„Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. BMJFFG, November 1988“

Dabei hat es einen Perspektivenwechsel gegeben, den ich wie folgt skizzieren möchte:

In der Zeit der Psychiatrie - Enquête (1975) stand angesichts der brutalen Realitäten in der Psychiatrie die Veränderung der Institutionen im Vordergrund.

Gemeindepsychiatrie wurde im Wesentlichen als ein Netz psychosozialer und psychiatrischer Einrichtungen innerhalb der Heimatgemeinden psychisch Kranker/Behinderter verstanden.

Mitte der 1980er Jahre ist die Betrachtung nun funktionaler.

Die Hilfen, die gewährt werden sollen – insbesondere (und das ist neu!) auch solche für psychisch Langzeit-Kranke und seelisch Behinderte - und nicht die Einrichtungen stehen nun im Vordergrund.

Psychiatrisches Handeln wird dabei auf die Gemeindeebene zurückverlagert. D.h., seelische Schwierigkeiten und Krankheiten werden dort bearbeitet, wo sie entstehen und gelebt werden: In der Stadt, in der Gemeinde, am Arbeitsplatz, in der Familie.

Die Expertenkommission empfiehlt auch, die Verantwortung stärker örtlich anzusiedeln:

„Die kommunalen Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) sollen stärker als bisher die politische Verantwortung dafür übernehmen, dass psychisch Kranken und Behinderten, die in ihren Grenzen leben, angemessene Hilfen zur Verfügung stehen (gemeindenaher Versorgung).“

Sie stellt fest: „Vorstellungen wie die, dass die Gemeinde als Lebensraum ihrer Bürger in gesunden und kranken Tagen auch die psychisch Kranken und Behinderten einschließt, stoßen auf ein wachsendes Verständnis.“ Damit bietet es sich an, die psychiatrischen Hilfen in das kommunale System der Daseinsvor- und -fürsorge zu integrieren.

Mit dem Wechsel der Perspektive wandelt sich auch der Begriff der Gemeindenähe zur Gemeindepsychiatrie, denn:

„Wenn psychiatrische Versorgung so verstanden wird, nämlich als Teil der Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung im Gemeindeleben und in der Gemeindepolitik, findet Psychiatrie nicht „nahe“ der Gemeinde, sondern „in“ der Gemeinde statt...“

Gemeindepsychiatrie ist – darauf hat besonders Klaus DÖRNER hingewiesen – darüber hinaus auch als Haltung zu verstehen:

„Ökologisch gesprochen, geht Gemeindepsychiatrie davon aus, dass ein Gemeinwesen nur dann seine volle Lebendigkeit hat, wenn alle seine Mitglieder ihm zugehören...Für die ca. vier Prozent traditionell ausgegrenzten psychisch Kranken und geistig Behinderten bedeutet das, dass nicht nur sie die übrigen 96 Prozent, sondern auch diese jene brauchen, damit die gesamten 100 Prozent der Gemeindemitglieder hinreichend breite, unterschiedliche und differenzierte Erfahrungen machen können, um sich als Menschen vollständig zu verwirklichen.... Denn: kein Mensch ist für eine Institution geboren.“

Die Zielsetzung ist letztlich, historisch gewachsene Ausgrenzungsinstitutionen in einem Prozess der Deinstitutionalisierung überflüssig zu machen; wobei die Deinstitutionalisierung zu einer Emanzipation von Existenzformen institutioneller Abhängigkeit führen soll.

So versteht SEIDEL die Gemeindepsychiatrie als eine Rückführung psychischen Leidens an den Ort seines Entstehens: Familie, Arbeitsplatz, Stadtteil, Kneipe, Nachbarschaft, Freundeskreis. Sie ist nicht als Zustand, sondern stets als Prozess zu beschreiben.

Als „Funktionsprinzipien“ sieht er:

- „Die Begrenzung der Zuständigkeit für eine überschaubare, möglichst gewachsene Region.
- Die Wahrnehmung der Zuständigkeit für möglichst alle Formen, vor allem schwersten und langdauernden psychischen Leidens einschließlich der Behandlung unter Zwang (PsychKG, Vormundschaft, Pflegschaft).

- Die Bereitstellung unterschiedlichster ambulanter, komplementärer, teilstationärer und stationärer Dienste, auch für Suchtkranke und psychisch Alters- kranke.
- Die Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen, um die durch Kontroll- und Ordnungsfunktionen notwendig gebundene Expertendominanz auszugleichen.
- Die Arbeit in berufsübergreifenden, jedoch spezifische Berufsrollen wahren Teams...“

Inzwischen hat sich die Perspektive - wohl auch im Zusammenhang mit den Qualitätssicherungsbemühungen - noch stärker auf die Person (Stichwort: Patientenzentrierte Versorgung) und ihr individuelles Umfeld gerichtet.

Gemeindepsychiatrie beinhaltet damit auch einen Einstellungswandel – und Einstellungen wandeln sich bekanntlich nur sehr langsam. VELTIN sagt: „Änderungen von Einstellungen, Verhaltens- und Umgehensweisen lassen sich durch Deklarationen allein nicht erreichen, sie müssen erlebt, erlernt werden; das erfordert seine Zeit.“ Auch aus diesem Grunde braucht man in der Psychiatriereform einen langen Atem.

Kommen wir zu der Frage:
(2) Was ist geschehen?

Wie durch den Verweis auf Ziel- und Rahmenplan bereits deutlich wurde: Die Psychiatrie-Reform in NRW wurde sehr früh angestoßen, so z.B. von KULENKAMPFF (Landesrat im LVR) und LOTZ (Psychiatriereferent NRW) ab Ende der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts. Aufgrund internationaler Erfahrungen mit Gemeindepsychiatrie wurde versucht, auch in NRW entsprechende Ansätze auszuprobieren. Sie wurden weiter geführt durch die Enquête sowie den Bericht der Sachverständigenkommission - und so stellt sich das bis heute in NRW als ein mehr oder weniger kontinuierlicher Entwicklungsstrang dar.

Leitideen waren immer wieder:

- Gemeindeintegrierte, umfassende Versorgung aller Patientengruppen,
- Vorrang ambulanter und teilstationärer Versorgung,
- Fachlich-strukturelle Differenzierung der therapeutischen Angebote,
- Pluralität der Träger (vor allem im Rheinland),
- Vernetzung medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitationsaspekte,
- Kooperation und Koordination der Beteiligten,
- Individualisierung und Personenzentrierung der Hilfen.

Insgesamt wurde sozusagen eine „Doppelstrategie“ verfolgt:
Es wurde versucht, die klinischen Angebote zu verbessern und zu qualifizieren und gleichzeitig die nicht-klinischen Angebote zu fördern. Beides hing zusammen: Denn, je besser – und damit auch teurer – das klinische Angebot wurde, desto größer wurde der Druck, stationäre Leistungen durch außerstationäre zu substituieren. (Mindestens im Rheinland eine durchaus bewusste Strategie...)

Ich kann und will hier nicht alles aufzählen, was in über 35 Jahren Psychiatrie- Reform in NRW geschehen ist. Daher nur einige Stichworte – selbstverständlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Die ehemaligen psychiatrischen Anstalten wurden zu modernen psychiatrischen Krankenhäusern weiterentwickelt, die gemeinsam mit (überwiegend) neu eingerichteten psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.
- Die ursprünglich durch vollstationäre Angebote dominierte Krankenhausversorgung wurde durch eine differenzierte Struktur abgelöst, die tagesklinische Kapazitäten und die Komplexbehandlung durch Institutsambulanzen einschließt.
- Mit psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in freigemeinnütziger Trägerschaft wurden Vereinbarungen zur umfassenden Versorgung ihrer Region geschlossen (- später im Krankenhausplan verankert).
- Durch Enthospitalisierungs- und Dezentralisierungsprojekte (s.a. Auffangkonzeption) wurden die z.T. großen Langzeitbereiche der Kliniken aufgelöst und in gemeindenahe Angebote überführt. Gleichzeitig wurden für geistig behinderte Menschen unabhängig von dem System der Psychiatrie angemessene heilpädagogische Hilfen ausgebaut.
- Die Bettenzahlen der Kliniken konnten damit drastisch reduziert werden, ebenso wie die durchschnittliche Verweildauer. (Gleichzeitig stieg die Inanspruchnahme). Mit der zunehmenden Gemeindeintegration konnte die Zugangsschwelle gesenkt werden – sicher eine der Ursachen für die enorm angestiegenen Fallzahlen.
- Die Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) bescherte – mindestens übergangsweise – eine deutliche Verbesserung der personellen Ausstattung
- Die Tageskliniken wurden nicht nur stark ausgebaut, sondern auch inhaltlich weiterentwickelt von der zunächst überwiegend rehabilitativ orientierten zu einer Akut-Tagesklinik (mit 7-Tage-Woche), die in Teilen ein vollstationäres Angebot ersetzen kann.
- Das Angebot an Institutsambulanzen (inzwischen auch für Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gesetzlich

verankert) wurde komplettiert und differenziert bis hin zu Spezial-Ambulanzen beispielsweise für Angststörungen, schwerst-traumatisierte Patienten und solchen mit Migrationshintergrund.

- Das Angebot an außerstationären Hilfen wurde erheblich ausgebaut, z.B. das ambulant betreute Wohnen, Tagesstätten, Patientenclubs, spezielle Werkstattangebote, Selbsthilfefirmen etc. Speziell im Rheinland wurde ein flächen- deckendes Netz von über 60 Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) geschaffen, eine spezielle Variante eines gemeindepsychiatrischen Verbundes.
- Auf allen Achsen: Wohnen, Arbeit, Kontakt/Freizeit wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, Angebote zu schaffen.
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Psychiatriekoordinatoren brachten in den Kommunen viel in Bewegung.
- Angehörige und Betroffene formierten sich und meldeten sich zu Wort.
- Stichworte wie „Trialog“ und „Patientenverfügung“ zeigen, dass die Nutzerperspektive ernster genommen wurde.
- Psychotherapie wurde zunehmend selbstverständlicher Bestandteil der Aus- und Fortbildung und der psychiatrischen Versorgung.
- Gesetzlich wurde festgeschrieben, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist.
- Individuelle Hilfepläne wurden erarbeitet und vieles mehr...

Es hat sich also einiges bewegt. Die Psychiatrie kommt damit langsam in der Gemeinde an, da, wo sie hingehört.

Die produktivsten Entwicklungen haben sich meiner Erfahrung nach besonders da ergeben, wo sich auf örtlicher Ebene Persönlichkeiten mit psychiatrisch-fachlichem und politisch-administrativem Sachverstand verbündeten. Spontan fallen mir z.B. in Mannheim (Häfner und Martini), in Mönchengladbach (Veltin und Buhlmann), in Herne (Finke und Krisor), in Bremen (Kruckenberg und Schöfer) ein. Vielleicht kennen Sie weitere Beispiele.

Nach alledem:

(3) Wo stehen wir nun?

Diese Frage für NRW anhand valider, zeitnaher Daten und Fakten zu beantworten, fällt schwer, da eine Gesamtschau zuletzt im Rahmen der Antwort der Landesregierung zur Großen Anfrage 10 der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen am 11. 10. 2002 vorgelegt wurde, deren Datenbasis aus dem Jahre 2000 stammt. Was ja nun doch schon einige Jahre, in denen sich weiter viel getan hat, zurückliegt.

Im Rahmen der von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden erarbeiteten und von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2007 herausgegebenen „Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten

25 Jahren“ unter dem Titel „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ finden sich zwar einige Angaben zu NRW, zu manchen Fragestellungen fehlen aber solche und so ist auch hierüber keine klare Datenbasis gegeben.

Immerhin lässt sich aufgrund des Berichtes feststellen:

NRW ist hinsichtlich der Betten/ Plätze für Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie etwas besser ausgestattet als der Bundesdurchschnitt. (0,91 – 0,77; 0,08 – 0,07 je Tausend).

Auch die Dichte niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten ist überdurchschnittlich (17.136 – 17.590; 24.516 – 26.809; 6224 – 6594 EW je TH.).

Überdurchschnittlich ausgestattet ist NRW auch mit Heimplätzen, Plätzen in Werkstätten (1.478 – 1.725; 1.875 – 2.406 EW je Platz) und Plätzen im ambulant betreuten Wohnen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden).

Geht man eine Ebene tiefer auf Versorgungsgebiete bzw.

Gebietskörperschaften zeigen sich bei allen diesen Punkten z.T.

erhebliche Schwankungsbreiten, die aufgrund von Strukturunterschieden berechtigt sein mögen, z.T. aber wohl auch auf örtliche Über- bzw.

Unterversorgungen hinweisen.

Unterschiede gibt es sicher auch in den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe, nicht zuletzt deshalb, weil Kammern, Kostenträger, Landschafts- und andere Verbände aus historischen Gründen getrennt organisiert sind.

Das Land NRW ist so als Abgrenzungskriterium nur mäßig geeignet, zumal viele Entwicklungen durch Rahmenbedingungen auf Bundesebene gesetzt sind oder auch durch die Bereitschaft der örtlichen Ebene, sich dem Thema Psychiatrie nachhaltig zu widmen.

Für viele andere wichtige Bereiche (Selbsthilfefirmen, Clubs...) liegen leider keine verlässlichen Vergleichsdaten vor.

Wir wissen übrigens auch sehr wenig über die soziale Lage und die psychosoziale subjektive Befindlichkeit der Menschen, die z.B. als chronisch psychisch Kranke in unseren Gemeinden leben. Repräsentative Studien sind eher selten, wenn überhaupt vorhanden, so dass wir uns weitgehend auf unsere Primärerfahrung stützen müssen.

Insgesamt sind wir also weitgehend auf Einschätzungen angewiesen.

Im Folgenden will ich etwas ausführlicher Einschätzungen und Wertungen aus der Politik wiedergeben, da sie für die weitere gesundheitspolitische Entwicklung besonders relevant sein können.

Sieht man einmal davon ab, dass man ein Glas bekanntlich immer als halbvoll oder halbleer bezeichnen kann, sind die Einschätzungen bei allen parteipolitischen Differenzen doch relativ homogen.

So stellte die damalige Ministerin Birgit Fischer in ihrer Rede anlässlich der Beratung der Antwort zur Großen Anfrage 10 der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen am 11. 10. 2002 fest:

„...Aus den vielfältigen Rückmeldungen wird deutlich,

- dass inzwischen die Empfehlungen der Expertenkommission aus dem Jahre 1988 bei allen Planungen nahezu Allgemeingut geworden sind und dass sich die Einstellung gegenüber psychisch Kranken grundlegend geändert hat,
- dass sich nach gut 25 Jahren Psychiatriereformbewegung die psychiatrische Versorgung in nahezu allen Bereichen und auf allen Ebenen deutlich weiterentwickelt hat und
- dass es gelungen ist, die ehemals anstalts-zentrierte Versorgung zu einer gemeinde-integrierten Versorgung umzustrukturieren.

Die Patientinnen und Patienten sind nicht mehr Objekte autoritär-paternalistischer Fürsorge, sondern mehr und mehr selbstbestimmte Personen, die in sozialen Beziehungsnetzen leben, die sehr konkrete Vorstellungen von Behandlungsformen haben und die ihre Bedürfnisse bzgl. der Art und Weise der Unterstützung und Ausgestaltung der Hilfen selbst artikulieren.

Diese veränderten Sichtweisen, verbunden mit der Emanzipation der Betroffenen und ihrer Angehörigen, haben maßgeblich zu einer grundsätzlichen Veränderung und Weiterentwicklung der Strukturen beigetragen.“

In der Antwort der Landesregierung wird insofern deutlich, dass wesentliche Forderungen der Psychiatriereform, die insbesondere darauf abzielen, psychisch kranken und behinderten Menschen dieselben Rechte wie somatisch Kranken einzuräumen, Eingang in bestehende Strukturen gefunden haben.

Dazu gehören im Wesentlichen:

- größtmögliche Selbstbestimmung
- die Möglichkeit, außerhalb von Institutionen zu leben und
- am sozialen und nach Möglichkeit am Arbeitsleben so selbständig wie möglich teilzunehmen.

Die Ministerin meint, dass man auch bei kritischer Betrachtung nicht umhin komme festzustellen, dass sich die psychiatrische Versorgung in Nordrhein – Westfalen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich

verbessert habe und der Wechsel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten psychiatrischen Versorgung in vielen Bereichen gelungen sei, da heute psychisch Kranken neben der stationären Versorgung ein differenziertes und in der Regel gemeindenahes Hilfenetz an teilstationären und ambulanten Angeboten zur Verfügung stehe...“

Das Prädikat „Reform“ sei – so auch die Bilanz vieler namhafter Expertinnen und Experten – wirklich verdient.

In der Antwort der Landesregierung wird aber auch gesagt: „Vergleicht man das bisher Erreichte jedoch mit den Zielformulierungen, insbesondere auch mit den 1988 von der Expertenkommission ausgesprochenen Empfehlungen, so sind in den unterschiedlichen Bereichen weiterhin Defizite und Versorgungslücken ebenso wie - mängel erkennbar.“

Ganz ähnlich der amtierende Minister Laumann anlässlich der Beratung der Anträge CDU/FDP einerseits und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN im vorigen Jahr im Landtag:

„Auch bei kritischer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass sich sowohl die Einstellung gegenüber psychisch Kranken als auch die Psychiatrie-Landschaft in den vergangenen 30 Jahren in NRW grundlegend verändert haben...“

Er betont: „Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Nordrhein – Westfalen hat auch nach dem Regierungswechsel einen hohen Stellenwert.“

Dies ist auch erforderlich, denn: Insgesamt sind regional noch z. T. erhebliche Unterschiede in der Breite und Dichte der wohnortnah verfügbaren Versorgungsangebote zu konstatieren. Sie betreffen u. a.:

- die regionale Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit von ambulanten Hilfen, wie etwa die Sozialpsychiatrischen Zentren, Beratungsstellen für Suchtkranke, ambulanter psychiatrischer Pflege;
- die fachärztliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die insbesondere in ländlich-kleinstädtischen Flächenkreisen noch unzureichend ist;
- berufliche Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen;
- Angebote zur medizinischen Rehabilitation psychisch kranker Menschen sowie
- Krisendienste

Berücksichtigt werden muss auch, dass trotz aller, zweifellos vorhandener Verbesserungen die Anforderungen an das psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem nicht geringer werden, sondern steigen.

So ist z.B. festzustellen, dass psychische Erkrankungen in ihrer Bedeutung offenbar weiter zunehmen.

Das 2005 herausgegebene Grünbuch der Europäischen Kommission „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ verweist auf die hohe Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Gesundheit der Bevölkerung, aber auch für die wirtschaftliche Situation der Mitgliedstaaten.

Die Prävalenz psychischer Störungen zeigt im langjährigen Trend einen kontinuierlichen Anstieg. Mehr als ein Viertel der Bewohner der Europäischen Staaten erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung.

Im „Grünbuch“ wird die gegenwärtige gesundheitliche Situation in der EU sehr kritisch bewertet. Wörtlich: „Die psychische Gesundheit der EU – Bevölkerung ist stark verbesserungsbedürftig.“ Es wird darauf hingewiesen, dass psychische Störungen zu den Hauptursachen für Frühverrentung und verminderte Erwerbsfähigkeit in den Mitgliedsstaaten der EU zählen und dass damit gerechnet wird, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache für Erkrankungen sein werden.

In der Landtagsdebatte (zu den Anträgen der Fraktionen im August vergangenen Jahres) hat Rudolf HENKE (CDU) in die gleiche Richtung argumentiert und auf Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwiesen:

Gemessen an den Lebensjahren, die durch Behinderungen beeinträchtigt sind, gehören danach zu den 15 weltweit führenden Erkrankungen fünf seelische Krankheitsbilder. Mit 12% führt die unipolare Depression das Gesamtspektrum aller Erkrankungen an, gefolgt von der Alkoholkrankheit an fünfter, der Schizophrenie an siebter und den bipolaren Störungen an neunter Stelle. Auf Platz 13 befinden sich die Demenzerkrankungen.

Seit 1994 habe sich die Zahl der Menschen, die im Laufe eines Jahres wegen einer psychischen Erkrankung vorübergehend krank geschrieben werden, um 80 % erhöht. 25 % der Patientinnen und Patienten, die ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin aufsuchen, wiesen allein oder in Kombination psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen auf.

HENKE wörtlich: „Wir haben eine zunehmend entseelte Gesellschaft mit einem hohen Ausmaß sozialer Stressfaktoren und weltanschaulicher sowie spiritueller Orientierungslosigkeit.

In diesen Entwicklungen sehe ich wichtige Faktoren, die dazu beitragen, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen zu einem immer größeren Problem unserer Gesellschaft geworden sind.“

Dazu passt auch, dass ungeachtet aller Bemühungen um alternative Versorgungsformen die Krankenhaushäufigkeit in psychiatrischen Krankenhäusern im langjährigen Trend weiterhin kontinuierlich ansteigt.

- So stieg (im Rheinland) die Zahl der vollstationär behandelten Patienten allein in den Jahren von 2002 auf 2005 in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen um 8,3%, die Zahl der tagesklinisch behandelten Patienten sogar um 12,3% an.
- Im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung stieg stationäre Fallzahl im gleichen Zeitraum um 20,1%, im Bereich der tagesklinischen Versorgung ist eine Fallzahlsteigerung um 25% zu verzeichnen.

Lassen wir - neben all den Politikern - aber auch einen Betroffenen-Vertreter (Herr VOELZKE) zu Wort kommen:

„In den letzten 25 Jahren hat sich für Psychiatrie-Erfahrene Grundlegendes geändert: Es gibt heute verständliche Literatur und Aufklärung über psychische Erkrankungen. Es gibt differenzierte gemeindepsychiatrische Hilfen, die Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener und vielfältige – auch erprobte – Formen des Dialogs. Damit hat sich der Stellenwert und die Rolle psychisch erkrankter Menschen im psychiatrischen Hilfesystem vom Objekt in Richtung Subjekt ein Stück verbessert.

Aber um die Selbsthilfekräfte Betroffener im Sinne von Empowerment zu stärken, eigene Bewältigungsstrategien und Selbsthilfeprojekte zu fördern sowie Psychiatrie - Erfahrene partnerschaftlich auf allen wesentlichen Ebenen und Gremien der psychiatrischen Versorgung zu beteiligen, bleibt noch viel zu tun.“

Geht man, was die Qualität angeht, von der üblichen Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus, lässt sich sicher feststellen, dass hinsichtlich der Strukturqualität außerordentlich viel geschehen ist.

Wieweit dies auch für die Prozess- und Ergebnisqualität zutrifft, lässt sich schon sehr viel schwerer nachweisen.

Ich bin aber der Überzeugung, dass die öffentliche Diskussion und die Kontrolle durch eine kritische Öffentlichkeit, insbesondere auch die Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen auch hier eine Menge bewegt hat.

Immerhin haben die sog. „Kundenbefragungen psychisch kranker Menschen“ im Rahmen von Qualitätsmanagementverfahren keine schlechten Zufriedenheitswerte gezeigt.

Aber:

Wir stehen nach wie vor im Spannungsfeld zwischen individuellen und Organisationsansprüchen (das ist nicht nur ein Thema stationärer Einrichtungen!), dem therapeutisch Machbaren und dem Finanzierbaren,

den individuellen Bedürfnissen und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Von Budgetlösungen, die ein flexibles Kombinieren von Elementen der medizinischen, beruflichen und sozialen Situation erlauben, sind wir noch weit entfernt.

Restriktionen der Kostenträger, Massenarbeitslosigkeit, Reaktion der Medien auf abweichendes Verhalten machen die Gemeinden nicht gerade zu einem wirtlichen Ort.

Alles dies muss in der Perspektive des weiteren Vorgehens berücksichtigt werden.

Dies führt zu der Frage:

(4) Wie soll es weitergehen?

Hierbei sind die politischen Aussagen nicht ganz so homogen, wie bei der Beurteilung der Lage. Doch ist dies m.E. mindestens teilweise eher dem (partei)politischen Profilierungsbedürfnis geschuldet als Ausdruck eines tiefer gehenden Dissenses (mit Ausnahme der Rolle des Krankenhauses?)

Jedenfalls zeichnen sich deutliche Schwerpunkte für die weitere Entwicklung bzw. die weiteren Handlungserfordernisse ab.

Generell gilt: Um eine Einheitlichkeit der Lebens- und Versorgungsbedingungen psychisch kranker Menschen unabhängig von ihrem Wohnort zu sichern, sind weitere Anstrengungen zum Ausgleich von Strukturunterschieden in den einzelnen Gebietskörperschaften erforderlich.

Es gilt auch weiterhin, was von der vorigen Landesregierung 2002 gesagt wurde: „Der bedarfsgerechte Auf- und Ausbau gemeindeintegrierter ambulanter Versorgungsangebote hat auch angesichts der immer kürzer werdenden Verweildauer in psychiatrischen Kliniken für nahezu alle Zielgruppen und alle Leistungsbereiche weiterhin hohe Priorität.

Der in der Vergangenheit deutlich vernachlässigte Heimbereich ist bei der Fortentwicklung des Strukturwandels von einem institutionszentrierten zu einem personen- zentrierten Hilfesystem bevorzugt zu behandeln.

Die psychiatrische Krisen- und Notfallversorgung ist flächendeckend zu gewährleisten.

Die bestehenden psychiatrischen Strukturen müssen grundsätzlich auch für Menschen mit ausländischer Herkunft geeignet sein. Dazu sind geeignete Strategien zu entwickeln.

Zur Verwirklichung des patientenzentrierten Versorgungsprinzips ist der flächendeckende Aufbau einrichtungsübergreifender koordinierter

Leistungserbringung in Form von gemeindepsychiatrischen Verbundlösungen notwendig.“

In der aktuellen Diskussion nennt Minister Laumann als Schwerpunkte seiner Gesundheitspolitik – neben denen, die im CDU/FDP- Antrag genannt sind - vor allem zwei Punkte:

Zum einen die Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausplanung und zum anderen die „zwangsweise Unterbringung“ nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. In diesem Zusammenhang geht es ihm auch darum, die Krisenintervention vor Ort zu verbessern.

Rudolf HENKE (CDU) betont, dass es notwendig sei, mit den Kommunen Maßnahmen zu finden, um die Zahl der Zwangseinweisungen nach dem PsychKG zu reduzieren. Für seine Fraktion trägt er vor:

„Wir wollen eine möglichst gemeindenahen und möglichst niedrigschwellige Weiterentwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung und Versorgung....Wir glauben, dass es dazu einer gut integrierten Versorgung bedarf... Wir wollen niedrigschwellige Hilfen für die demenzkranken Menschen.“

Stefan ROMBERG (FDP) verweist auf die Bedeutung der Depression, die mittlerweile Volkskrankheit Nummer eins sei. Aber: 90 % der Menschen mit Depressionen in Deutschland würden nicht leitlinienorientiert behandelt...

Auch er beklagt den Zuwachs bei der Zahl der Zwangseinweisungen. Er fordert: „wir müssen die Stigmatisierung beenden.“ (durch Aufklärung...u.a. auch zum Nutzen moderner Psychopharmaka und einer differenzierten Betrachtung der Elektrokrampftherapie).

Barbara STEFFENS hält es für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für notwendig, die Umkehr von der immer noch auch in Nordrhein-Westfalen sehr dominanten stationären Versorgung hin zu einer gemeindenahen Versorgung zu schaffen, so dass den Betroffenen eine, soweit das individuell möglich ist, selbst bestimmte Lebensführung ermöglicht wird und ambulante und stationäre Hilfe stärker als bisher miteinander verzahnt werden.

Die Teilhabe am Arbeitsleben soll verbessert werden.

Sie fordert eine stärkere Einbeziehung und Betrachtung von geschlechterdifferenzierter Ursachenforschung, von geschlechterdifferenzierten Auswirkungen psychischer Erkrankungen. Die Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Angebote psychosozialer Versorgung sollen verringert werden.

Die Defizite im Bereich der Versorgung für Kinder- und Jugendliche sollen abgebaut werden.

Selbsthilfeorganisationen Psychiatrieerfahrener sollen stärker in Beratungen und Prozesse einbezogen werden.

Elisabeth VELDHUES (SPD) stellt fest:

„Gemeinsames Ziel war und ist es nach wie vor, eine gemeindeintegrierte Versorgung, Entstigmatisierung und Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Menschen zu erreichen...“

Sie hält es für wichtig, zwei Patientengruppen in den nächsten Jahren besonders in den Focus zu nehmen:

Erstens: psychisch kranke Kinder und Jugendliche benötigen dringend ein besser ausgebautes Netz an Tageskliniken...

Zweitens müssen wir uns ganz besonders um alte psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen kümmern...

Darüber hinaus sollen spezielle Angebote z.B. für hörgeschädigte Menschen, Borderline-Patienten, intelligenzgeminderte Patienten, schwer traumatisierte Patienten weiter ausgebaut werden.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung wird sich ihrer Ansicht nach in diesem Spannungsfeld – gemeindenaher Versorgung und Spezialangebote für besonders erkrankte Personengruppen – bewegen müssen.

Die SPD fordert einen stärkeren Ausbau der teilstationären Bereiche, einen Ausbau der komplementären Versorgungsstrukturen – Tageskliniken, Kontaktstellen, Integrationsfirmen gibt es zwar, aber noch nicht in ausreichendem Maße – sowie insgesamt eine bessere Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsangebote für psychisch Kranke.

Die kommunale Gesundheitskonferenz ist für sie nicht zuletzt aus diesem Grunde unverzichtbar.

Ich habe das hier etwas ausführlich geschildert, weil ich meine, wir sollten die Politik/ die Fraktionen im Landtag beim Wort nehmen, sie immer wieder an die von ihnen genannten Punkte erinnern und entsprechende Aktivitäten einfordern.

In der Podiumsdiskussion morgen haben Sie ja eine exzellente Gelegenheit dazu!

Ich finde es erfreulich, dass sich bei der Formulierung der Schwerpunkte für das zukünftige politische Handeln nicht nur Aspekte der Strukturqualität wieder finden, sondern auch solche, die auf eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität abzielen.

Ich halte es im Übrigen für sehr wahrscheinlich, dass die von den verschiedenen Fraktionen genannten Schwerpunkte in der zukünftigen Entwicklung besondere Bedeutung haben werden. Ergeben sich eine Reihe von ihnen doch nahezu zwangsläufig:

So wird z.B. die demografische Entwicklung sozusagen automatisch dazu führen, dass der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen ein größeres Gewicht zugemessen werden muss.

Und: Wenn man den Ansatz einer personenzentrierten Psychiatrie ernst nimmt, so ist es nur konsequent, dass dann auch den jeweils spezifischen individuellen Bedürfnissen Rechnung getragen wird und insofern die Hilfen z.B.

- den Gender Aspekt,
 - die besondere Situation von Migrantinnen und Migranten oder auch
 - Obdachloser
- stärker berücksichtigen.

Auch ist es eine Frage der Vernunft, Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen rechtzeitig angemessene Hilfen zuteil werden zu lassen.

Ebenso werden Themen wie

- Integration und Vernetzung sowie
- Selbsthilfe und Bürgerhilfe

von besonderer Bedeutung bleiben, nicht zuletzt angesichts der sicher nicht geringer werdenden Ressourcenknappheit.

Inwieweit es gelingt, in den genannten Feldern wirklich Fortschritte zu erreichen, hängt natürlich von vielerlei Faktoren ab.

So auch davon, wie entschieden sich die Landesregierung einbringen wird.

Bisher hat sie meinem Eindruck nach oft recht zurückhaltend reagiert und damit argumentiert, dass sie für die meisten Versorgungsbereiche psychisch kranker Menschen weder Kosten- noch Leistungsträger sei. Das ist sicher richtig. Aber es wäre dennoch gut, wenn hier ein stärkerer Gestaltungswille seitens des Landes erkennbar würde, wenn die Landesregierung mehr gestalten und weniger verwalten würde. Dies sollte man auch den Landtagsfraktionen deutlich machen!

Vieles geht auch viel zu langsam!

Lassen Sie mich ein Beispiel nennen:

Bis heute sind die Eckwerte zur Konkretisierung der Rahmenvorgaben der Krankenhausplanung der Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie wie auch der Psychiatrie und Psychotherapie noch immer nicht verabschiedet.

Dabei sind z.B. die Versorgungsengpässe in der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung gerade von Kindern und Jugendlichen evident: Während die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen ungefähr gleich hoch ist, liegt das Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche deutlich unter dem für Erwachsene. Mit der Folge langer

Wartezeiten, die die betroffenen Familien als „tägliche“ Katastrophe erleben.

Gesundheitspolitisch ist ein solches Agieren äußerst kurzsichtig, denn die mangelnde Investition in adäquate kinder- und jugendpsychiatrische Angebote heute maximiert die versorgungspolitischen wie finanziellen Probleme im Gesundheitsbereich morgen! Fördern wir doch durch mangelnde Behandlung junger verhaltensauffälliger Menschen nicht selten deren schwere psychische Erkrankung im Erwachsenenalter. Weitere Beispiele sind Ihnen sicher allen geläufig!

Vielleicht wäre die Wiederbelebung eines Psychiatrie-Arbeitskreises beim MAGS hilfreich, das eine oder andere zu befördern.

Das Land hat in der Vergangenheit gelegentlich Modellprogramme und Projekte finanziert.

Wir sollten das Land darin bestärken, dies auch in Zukunft zu tun und überlegen, welche Vorschläge hierzu unterbreitet werden können.

Zu den besonders wichtigen Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung gehört insbesondere natürlich auch, wie sich Weiterentwicklungen finanzieren lassen.

Fritz BAUR hat als Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe vor einiger Zeit festgestellt:

„So wie das gegliederte System derzeit organisiert ist, lassen sich bislang Leistungsträgerübergreifende personenzentrierte Hilfen nicht realisieren.“

Eine Begründung sieht SCHULTE-SASSE in folgendem:

„Mit der zunehmend geführten Diskussion über Lohnnebenkosten und die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme entsteht auch ein zunehmend stärker werdender Druck auf die Verantwortlichen innerhalb der einzelnen Sozialversicherungssysteme, jeweils ihre Gelder zusammenzuhalten. Damit sinkt auch deren Bereitschaft, sich im Bereich der Schnittstellen verantwortlich zu fühlen.“

Ich sehe zudem mit Sorge, dass die Politik in allen sozialen Bereichen auf Mechanismen der Deckelung oder gar Kürzung von Budgets, Mechanismen des Marktes und des Wettbewerbs setzt.

Ich meine: Wir müssen der Politik deutlich machen, dass es sich nicht rechnet, an der Psychiatrie zu sparen, und eine Verschlechterung der Behandlungs- und Betreuungsqualität zu riskieren.

Eine Weiterentwicklung und Verbesserung des Angebotes ist vielmehr geeignet, eine mit der Zunahme psychischer Störungen sonst drohende Ausgabenentwicklung positiv zu beeinflussen.

Politik müsste eigentlich anders rechnen als der einzelne Kostenträger, nämlich im gesamtgesellschaftlichen Interesse.

Wir sollten der Politik auch deutlich machen, dass Markt und Wettbewerb für sich gesehen nicht sozial, und ohne weiteres auch nicht der Entwicklung einer sozial gerechten und solidarischen Gesellschaft und einer entsprechenden Gesundheitsversorgung förderlich sind, da z.B. Renditeinteressen von Personen oder Institutionen nicht von selbst mit den Interessen von Patient und Gemeinschaft übereinstimmen. Ein kritisches Bewusstsein der Gefahren ist also angebracht.

Auch was z.B. die Rolle der Patienten angeht:

Die Politik unterstellt nämlich bei ihren gesundheitspolitischen Aktivitäten den gesundheitsbewusst handelnden, rational abwägenden Konsumenten von Gesundheitsleistungen. Gerade dieses Bild passt nicht zu vielen psychisch Kranken, zumal nicht zu solchen, die chronisch erkrankt sind. Sie sind mit einer solchen Rolle, auf sich allein gestellt, nämlich völlig überfordert.

Ich denke, es müssen Finanzierungssysteme gefunden werden, die

- eine individuell angepasste, institutionsübergreifende Behandlungsplanung in einem kontinuierlichen Prozess umzusetzen erlauben;
- durch den Anreiz zu integrierten Versorgungsmodellen Reibungsverluste vermeiden und Doppelversorgungen vorbeugen;
- eine umfassende Versorgung sicherstellen, d.h., eine Selektion von Patienten nicht auch noch finanziell belohnen;
- einen Anreiz zu möglichst ambulanten Formen der Behandlung bieten;
- eine nahtlose Verbindung zu Rehabilitationsangeboten ermöglichen;
- eine Optimierung des Ressourceneinsatzes erlauben.

Ein verstärktes Engagement des Landes zur Unterstützung neuer modellhafter Finanzierungsansätze - wie sie z.T. in anderen Bundesländern erprobt werden - wäre in diesem Zusammenhang sehr hilfreich und würde der Verantwortung des Landes z.B. im Bereich der Krankenhausplanung, aber auch darüber hinaus, gerecht.

(5) Ausblick

Lassen Sie mich zum Schluss kommen:

Es liegt in der Natur der Zukunft, uns zu überraschen. Und: Denken Sie daran: Ideen halten sich nicht, es muss etwas mit ihnen getan werden. Dabei wünsche ich uns bei aller Ungeduld auch Gelassenheit: Gehört es doch zum Fortschreiten, zum Fortschritt, dass man immer wieder auf neue Widrigkeiten, auf Widersprüche trifft – aber auch auf Chancen, neue Wege und Perspektiven.

Mit KULENKAMPFF zu sprechen: „Ich wünsche der Psychiatrie in unserem Lande für die Zukunft ein fortdauerndes Engagement der Beteiligten und

eine stimulierte Fantasie an der Basis, ohne die sich nichts von der Stelle bewegt.“

CIOMPI hat einmal geschrieben:

„... die Zukunft ist nie einfach unausweichliches Schicksal. Zu einem nicht geringen Teil ist sie Ergebnis unserer eigenen Anstrengungen, Leitbilder und Erwartungen. Vom nötigen Engagement getragen können sich letztere bekanntlich sogar zu „sich selbst erfüllenden Prophezeiungen“ entwickeln. Sich über die eigenen Wünsche und Erwartungen Klarheit zu verschaffen, ist deshalb ohne Zweifel sinnvoll.“
Dazu bieten die Foren heute sicherlich Gelegenheit. Ich wünsche uns allen eine fruchtbare Diskussion!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit
(Literatur beim Verfasser)