

Sozialpsychiatrie heute und morgen

Es ist uns eine grosse Freude und Ehre, dass der zurückgetretene Professor Brenner sich bereit erklärt hat, das diesjährige Jahresthema aufzugreifen und den nachstehenden, höchst lesenswerten Artikel verfasst hat:

Zu Stand und künftiger Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung: Welche Rolle spielt die Sozialpsychiatrie?

H.D. Brenner

Unser System der gesundheitlichen Versorgung steht insgesamt vor grossen Herausforderungen und vermutlich tief greifenden Veränderungen. Deshalb muss auch die Psychiatrie Position beziehen, und dabei den aktuellen Stand, das Ziel und den Weg ihrer Professionen deutlich machen. Das Ziel muss auf die wirkungsvolle Hilfe für alle psychisch Kranken und ihre mitbetroffenen Angehörigen gerichtet sein, und der Weg dorthin muss durch fachliche Kompetenz und persönliches Engagement bestimmt werden. Der damit verbundene Anspruch muss mit allen Kräften gegen die Schwierigkeiten der Gegenwart durchgesetzt werden (Helmchen, 2005).

Dies soll hier im Einzelnen aufgezeigt werden. Dabei gilt es, die gesamte Psychiatrie im Auge zu behalten. Wenn jedoch die Sozialpsychiatrie im Besonderen angesprochen wird, dann deshalb, weil sie - anders als etwa die biologische Psychiatrie - keine finanzstarken Sponsoren im Rücken hat, die schon aus eigenen Interessen heraus ihre gedeihliche Entwicklung und ihren Einfluss auf das Gesamtgeschehen fördern.

Wo also steht die Psychiatrie heute?

Bei einer kurzen Antwort auf diese Frage kommt man nicht umhin, zunächst einige besorgniserregende Fakten klar anzusprechen. Die WHO stellte schon in ihrem World Health Report von 2001 fest, dass sich weltweit unter den zehn wichtigsten Ursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre vier psychiatrische Erkrankungen befinden. Engt man die Altersspanne auf 15 – 44 Jahre ein, dann rangieren drei davon sogar auf den vordersten Plätzen. Berechnungen der Weltbank und der Harvard University zum „Global Burden of Disease“ ergaben zudem, dass im Jahr 2020 fünf psychiatrische Erkrankungen auch volkswirtschaftlich gesehen in Spitzenpositionen gerückt sein werden.

Aber auch Zahlen aus anderen Untersuchungen machen die schiere Grösse der schon heute durch psychische Erkrankungen bedingten Probleme mehr als nur deutlich. In weltweit durchgeführten Gesundheitssurveys zeigte sich nämlich mit erstaunlicher Übereinstimmung, dass der Anteil der Personen, die im Laufe eines Jahres eine psychische Erkrankung nach den internationalen Diagnosekriterien aufweisen, rund 30% beträgt. Betrachtet über die gesamte Lebenszeit entwickelt sogar knapp die Hälfte aller Menschen eine psychische Erkrankung. Vor Kurzem erschien in der Zeitschrift „European Neuropsychopharmacology“ zudem ein Bericht von 100 Experten aus den 25 EU-Ländern mit vergleichbaren Zahlenangaben. Der Anteil der chronisch psychisch Kranken lag mit 40% sehr hoch. Als skandalös bezeichneten es die Experten, dass nur jeder vierte Betroffene eine entsprechende Behandlung erhielt, die zudem oft nur minimal war.

Offensichtlich kann also unser Gesundheitssystem in seiner heutigen Form die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen und die damit verbundenen Anforderungen nicht mehr adäquat auffangen. Dies zeigt sich besonders deutlich auch an der starken Zunahme von Krankschreibungen und Berentungen wegen psychischer Erkrankungen. Nach Erhebungen in verschiedenen westeuropäischen Ländern erfolgen deshalb bereits über 40% der Krankschreibungen, und psychische Erkrankungen verursachen nach den Krebserkrankungen die längsten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sowie die längsten stationären Behandlungsaufenthalte überhaupt. Auch bei

Frühberentungen stellen sie inzwischen bei Frauen die häufigste, bei Männern die zweithäufigste Ursache dar.

Diesen Tatbeständen steht eine in bedenklichem Mass begrenzte Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in Gesellschaft, Politik und Gesundheitswesen gegenüber, die ihrem realen Stellenwert in allen Sozialsystemen nicht gerecht wird. Es fehlt nicht nur an für eine zufriedenstellende Versorgung ausreichenden Ressourcen, sondern insbesondere auch an einer übergeordneten gesundheitspolitischen Planung. Dies ausgerechnet in einem medizinischen Bereich, der eine hohe und noch zunehmende gesellschaftspolitische, ökonomische sowie ethische Relevanz besitzt. Dieser Sachverhalt würde, beträfe er somatisch Erkrankte, massive Proteste der Betroffenen und der Selbsthilfeverbände hervorrufen. Psychisch Erkrankte sind krankheitsbedingt jedoch oft nicht in der Lage, ihre Anliegen selbst in die Hand zu nehmen, und die fortdauernde Stigmatisierung unterläuft bisher weitgehend auch alle diesbezüglichen Anstrengungen von Selbsthilfegruppen und Angehörigen.

All dies ist umso bedrückender, als sich die grundsätzliche Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen in den letzten zwei Jahrzehnten durchaus entscheidend verbessert hat. Die Mehrzahl aller psychisch Kranken besässe bei leitlinienorientierter Behandlung und bei Versorgung in nach evidenzbasierten Konzepten organisierten Einrichtungen heute eine gute Chance auf Heilung oder zumindest auf eine entscheidende Besserung ihres Leidens.

Was also ist zu tun?

Beginnt man mit dem allgemein am besten bekannten Feld der psychiatrischen Versorgung, nämlich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und greift dabei nochmals auf den Anteil von Personen mit einer psychischen Erkrankung im Laufe eines Jahres von rund 30% zurück, so kommt man für die Schweiz zu einer Zahl von rund 2,3 Millionen jährlich Erkrankter. Zurückhaltend geschätzt liegen zwar nur bei einem guten Viertel dieses Personenkreises sowohl die Indikation wie die Bereitschaft für eine fachärztliche

Behandlung vor, d.h. aber immer noch bei rund 600'000 Menschen pro Jahr. Ein nicht genau bestimmbarer weiterer Anteil der erkrankten Personen kann bei entsprechendem Weiterbildungsstand durch die Hausärzte allein oder durch psychologische Psychotherapeuten versorgt werden. Die besonderen Kompetenzen des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie liegen jedoch in der Kombination, Variation und Abstufung der einzelnen somatischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsansätze entsprechend der jeweiligen Diagnose und dem individuellen Krankheitsverlauf. Bei vielen psychischen Erkrankungen sind diese speziellen Kompetenzen für den Behandlungserfolg unerlässlich.

Andersherum betrachtet kann nun nach verschiedenen Untersuchungen und nach Zahlen aus dem Bericht Nationale Gesundheitspolitik Schweiz ein Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie grosszügig gerechnet allenfalls 200 bis 220 Patienten mit der Indikation zur fachärztlichen Behandlung pro Jahr auf einem adäquaten Qualitätsniveau diagnostizieren, therapieren und betreuen. Es bräuchte also bereits heute mindestens rund 2'800 bis 3'000 gut qualifizierte Psychiater und Psychotherapeuten, um wenigstens die Versorgung des am schwersten erkrankten Viertels des betroffenen Personenkreises sicherzustellen. Da es in der Schweiz insgesamt nur ca. 1'800 niedergelassene Fachärzte gibt - selbst einschliesslich der Klinikärzte nur ca. 2'200 - besteht bereits auf diesem dringlichsten Versorgungsniveau eine beträchtliche Lücke. Vor allem viele Fachärztinnen arbeiten zudem nur teilzeitlich. Auch aufgrund der regional sehr ungleichen Verteilung sieht die tatsächliche Versorgungssituation also noch wesentlich schlechter aus.

Zusammenfassend muss für den ambulanten, niedergelassenen Bereich deshalb festgestellt werden, dass flächendeckend eine quantitativ ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung kaum mehr gewährleistet ist. Die zuvor genannten, erschreckenden Zahlen über Krankschreibungen, Berentungen und Krankenhaushäufigkeit müssen damit in Zusammenhang gesehen werden.

Bei dieser Ausgangslage wird die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einer wachsenden Zahl von Patienten künftig nur noch mittels einer

vernetzten, integrierten Versorgung in Kooperation mit Allgemeinmedizinern und psychologischen Psychotherapeuten sowie gemeindeintegrierten Einrichtungen der institutionellen Psychiatrie möglich sein. Dies stellt eine grosse Herausforderung für die kommenden Jahre dar. Um sie zu bewältigen, müssen Kooperationsstrukturen zwischen den verschiedenen Ärztgruppen und psychologischen Psychotherapeuten, aber auch Ergotherapeuten und Sozialarbeitern sowie multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams geschaffen werden. Allerdings haben sich die hauptsächlichen Kostenträger in ihrer Tarifgestaltung entsprechenden Initiativen gegenüber bisher recht unflexibel gezeigt. Ebenso ernüchternd ist es festzustellen, dass auch politische Auftraggeber teilweise noch immer traditionellen Vorstellungen verhaftet sind, und dem starken Beharrungsvermögen gewachsener Strukturen und eingesessenen Interessen oft weitgehend nachgeben.

Richtet man den Blick von der hausärztlichen und fachärztlichen ambulanten Versorgung auf die institutionelle psychiatrische Versorgung, so ist die Situation hier nicht weniger problematisch und gleichermassen reformbedürftig. Bekanntlich kam es spätestens seit den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts in allen industrialisierten Ländern zu einem gewaltigen Abbau von Psychatriebetten. In dieser ersten Runde der Psychiatriereform ging es hauptsächlich um den Abbau der Langzeitbetten und den Aufbau einer so genannten extramuralen Versorgung chronisch psychisch Kranker.

Seit Beginn der 90er-Jahre kam es dann in einer weiteren Runde der Psychiatriereform international gesehen noch einmal zu einer weiteren starken Bettenreduktion von durchschnittlich rund 35% allein in den letzten 10 Jahren – wobei die Schweiz jedoch fast völlig abseits stand. Die Zielsetzung war nun der möglichst weitgehende Ersatz bisheriger stationärer Behandlung auch bei akut psychisch Kranken durch alternative Behandlungsangebote im unmittelbaren Wohnumfeld der Betroffenen. Damit sollte das psychiatrische Versorgungssystem insgesamt den Anforderungen an eine evidenzbasierte, methodisch differenzierte und bezüglich Struktur, Prozess und Ergebnis qualitätsgesicherte Behandlung gerecht werden.

Vor allem in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern wurde spätestens im Zuge dieser Entwicklung „Gemeindepsychiatrie“ zu einem eigenen Fachgebiet mit umfangreichen Versorgungsaufgaben in allen Psychiatrieregionen und mit Ordinariaten an praktisch allen medizinischen Fakultäten. Wie weit dort die Entwicklung fortgeschritten ist, zeigt sich auch an den Bettenzahlen pro 1'000 Einwohnern. Diese beträgt etwa in England noch ca. 0,58 Betten pro 1'000 Einwohnern, in den skandinavischen Ländern im Durchschnitt noch ca. 0,5 Betten pro 1'000 Einwohnern, und selbst das diesbezüglich nachhinkende Deutschland hat nur noch ca. 0,75 Betten pro 1'000 Einwohnern. In einzelnen Versorgungsregionen dieser Länder konnten die Bettenzahlen durch den differenzierten Einsatz mobiler Behandlungsequippen sogar auf 0,2 bis 0,25 Betten pro 1'000 Einwohnern reduziert werden, so z.B. in North Birmingham in England oder in Boulder/Colorado in den USA. Der Schweizer Bettenschlüssel von demgegenüber noch ca. 1,32 pro 1'000 Einwohnern – also deutlich mehr als das Doppelte wie in England oder in Skandinavien - stellt jedenfalls mehr und mehr eine einsame Spitzenstellung im gesamten internationalen Umfeld dar. Er widerspricht diametral allen Lippenbekenntnissen zum Grundsatz ambulant vor stationär sowie allen einschlägigen Empfehlungen der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz für eine moderne Psychiatrieversorgung. Darin wird nämlich ebenfalls eine entschiedene Schwerpunktverlagerung in den nichtstationären und wohnortnahen Bereich gefordert.

Weil jedoch in beiden genannten Phasen der Psychiatriereform die Verlagerung der personellen und finanziellen Ressourcen nicht entsprechend dem Fluss der Patientenströme erfolgte, kam es teilweise auch zu Versorgungsengpässen mit Vernachlässigung und vermehrter Obdachlosigkeit psychisch Kranker. Dieser Umstand wird nun ausgerechnet hierzulande, wo – wie gezeigt - immer noch ein ausgeprägter Vorrang der stationären Behandlung besteht, nicht selten als Argument gegen eine stärkere Gemeindeorientierung gebraucht. Die genannten Probleme werden dabei unzutreffenderweise als Probleme der wohnortnahen Versorgung per se und nicht als Folge der mangelhaften Ressourcenverlagerung dorthin dargestellt.

Wie unhaltbar eine solche Position aus wissenschaftlicher Sicht geworden ist, zeigen zwei grosse systematische Übersichtsarbeiten, die im letzten Jahr in der am weitesten

verbreiteten deutschsprachigen Fachzeitschrift, dem „Nervenarzt“, erschienen sind. Darin werden die Ergebnisse kontrollierter Studien und neuester Metaanalysen der Cochrane Collaboration zum Vergleich zwischen gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzepten und der stationären Behandlung bei schweren akuten wie chronischen Erkrankungen dargestellt und bewertet. Bei den Autoren handelt es sich um Arbeitsgruppen aus zwei grossen universitären Versorgungskliniken, die bisher kaum eine besondere Affinität zum gemeindepsychiatrischen Versorgungsbereich entwickelt haben.

Ein erster Vergleich galt den multidisziplinären, gemeindeintegrierten Community Mental Health Teams (CMTs), die heute beispielsweise in Grossbritannien den Kern der psychiatrischen Dienste darstellen und psychiatrische Routineversorgungsaufgaben bei akut wie bei chronisch Erkrankten ambulant wahrnehmen. Im Vergleich zur klinikgestützten Behandlung ergaben sich für dieses Versorgungskonzept signifikant weniger stationäre Aufnahmen, eine grössere Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen und eine bessere soziale Anpassung, während sich bezüglich Krankheitssymptomatik keine Unterschiede zeigten.

Ein zweiter Vergleich galt dem so genannten Assertive Community Treatment, sinngemäss etwa mit „aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlung“ zu übersetzen. Diese wird ebenfalls von multiprofessionellen Teams geleistet, die akut erkrankte, unkooperative, suizidale oder potentiell aggressive Patienten zum Teil täglich oder mehrmals wöchentlich in ihrer gewohnten Umgebung sehen. Ausserdem haben sie die Aufgabe, Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen in Kontakt zum Versorgungssystem zu halten. Im Vergleich zur klinikgestützten Behandlung zeigte sich hier eine besonders deutliche Verringerung der Klinikaufnahmen, ebenso der stationären Verweildauern und ein positiver Einfluss auf die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, während sich bezüglich der Krankheitssymptomatik wiederum kein signifikanter Unterschied ergab.

In einem dritten Vergleich wurden ambulante Kriseninterventionsteams mit „Gate keeping“ Funktion zur Behandlung einer akuten psychiatrischen Episode der stationären Behandlung während der Krise gegenübergestellt. Durch die Kriseninterventionsteams wurden die Klinikaufnahmen massiv reduziert, und die Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen war höher. Bezüglich der Krankheitssymptomatik und der Anzahl suizidaler Handlungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Ein vierter Vergleich schliesslich wurde zwischen dem so genannten Home Treatment und der Klinikbehandlung durchgeführt. Zentraler Bestandteil von Home Treatment ist ebenfalls ein multiprofessionelles Behandlungsteam, das den akut psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in seiner gewohnten Umgebung versorgt. In den meisten Studien war keine stationäre Einweisung nötig. Das Home Treatment erbrachte hinsichtlich der Krankheitssymptomatik einen vergleichbaren, z.T. überlegenen Behandlungserfolg. Bezüglich des sozialen Funktionsniveaus sowie der Patienten- und der Angehörigenzufriedenheit sprechen die vorliegenden Befunde ebenfalls für eine Überlegenheit dieser Option.

Schliesslich interessierte natürlich bei allen Vergleichen insbesondere auch die Frage der Kosteneffektivität, sowie welcher Anteil der üblicherweise stationär aufgenommenen Patienten alternativ gemeindepsychiatrisch behandelt werden konnte. Soweit Daten zu direkten und indirekten Behandlungskosten verfügbar waren, ergaben sich für die jeweiligen Untersuchungszeiträume von in der Regel bis zu zwei Jahren Kosteneinsparungen von rund 20% bis 30%, z.T. bis 40%. Dies wegen der geringeren Zahl stationärer Behandlungstage und geringeren Infrastrukturkosten. Der Anteil Patienten, der für eine gemeindeintegrierte Behandlung als Alternative zur stationären Aufnahme in Frage kam, bewegte sich zwischen rund 25% bis 45%.

Umgekehrt heisst dies jedoch, dass auch in einem Versorgungssystem mit gemeindepsychiatrischem Schwerpunkt eine gegenüber heute zwar deutlich geringere, aber stabile Zahl an verfügbaren psychiatrischen Betten notwendig ist. Es geht also nicht um letztlich unfruchtbare Alternativpositionen – sondern um die Herstellung einer möglichst ressourcensparenden und gleichzeitig die Versorgungsqualität verbessernden

Balance zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Wann diese Balance optimal erreicht ist, darüber kann man sicherlich diskutieren, dies auch in Abhängigkeit von lokalen und regionalen Gegebenheiten. In jedem Fall ist sie aber in der Schweiz bisher eindeutig nicht erreicht.

Die Autoren der hier kurz zusammengefassten beiden systematischen Reviews folgern diesbezüglich selbst für die Verhältnisse in Deutschland mit der heute ja schon deutlich geringeren Bettenzahl pro 1000 Einwohnern, dass ein gemeindepsychiatrisch organisiertes Versorgungssystem die Bettennutzung bei gleichzeitiger Kostenersparnis um weitere 20% - 40% reduzieren könnte. In jedem Fall – so die Autoren - sei in einer modernen Psychiatrie die psychiatrische Klinik nur noch einer von vielen anderen Bestandteilen des Versorgungssystems, und die anderen Einrichtungen seien dabei nicht mehr komplementär, sondern als Alternative zur traditionellen klinikzentrierten und krisenorientierten Versorgung sowohl akut wie chronisch Erkrankter zu sehen.

Betrachtet man diese und andere Ergebnisse der wissenschaftlichen Versorgungsforschung, muss nüchtern festgestellt werden, dass von den heute international als wichtig erachteten Kernbestandteilen für eine effiziente, personenzentrierte institutionelle Psychiatrie in der Schweiz nur wenig vorhanden ist. Dies trotz – oder gerade wegen – einem vergleichsweise hohen Mitteleinsatz. Nur dieser ermöglicht nämlich den faktischen Fortbestand des Vorrangs der stationären Behandlung.

Im Kanton Bern fällt die entsprechende Bilanz etwas günstiger aus. Infolge der 1977 vom Grossen Rat verabschiedeten und damals nahezu revolutionären Grundsätze zur Psychiatrieversorgung kam es mit der Schaffung der psychiatrischen Dienste an den Regionalspitälern und insbesondere der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik in den 80er-Jahren zu einem beachtlichen Aufbau gemeindeintegrierter sozialpsychiatrischer Versorgungsangebote wie Ambulatorien, Tageskliniken, Tagesstätten und Kriseninterventions- sowie Konsiliar- und Liaisondiensten. Gleichzeitig konnten die Bettenzahlen der bestehenden Kliniken deutlich reduziert werden. Sie kamen so in die Lage, ihr Behandlungsangebot auszudifferenzieren, ganz allgemein zu intensivieren und

nachhaltig zu verbessern, was sich auch in einer stetigen Verkürzung der Aufenthaltsdauern niederschlug. Dabei entstanden Spezialstationen für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen und Doppeldiagnosen. In der Gerontopsychiatrie traten Akut- und Intermediärstationen an die Stelle früherer Langzeitstationen, und für die bis dahin fehlplatzierten geistigbehinderten Patienten entstand ein vorbildliches Wohngruppenverbundsystem, das auf eine neu konzipierte Spezialstation für Geistigbehindertenpsychiatrie zurückgreifen konnte. Die Berner Psychiatrie gewann so mit immer neuen pionierhaften Projekten national wie international ein zuvor nie erreichtes Ansehen und zog über viele Jahre hinweg zahlreiche Besucher- und Studiengruppen aus dem In- und Ausland an. Allerdings blieb die Umsetzung der Psychiatriegrundsätze von 1977 in wesentlichen Aspekten unvollständig, was teils psychiatrieinterne Gründe hatte, teils durch die sich ab Ende der 80er-Jahre verstärkende Finanzkrise des Kantons bedingt war. Die psychiatrischen Dienste an den Regionalspitälern erreichten so nicht den für die an sich angestrebte dezentrale regionale Versorgung psychisch Kranker notwendigen Ausbaugrad, und auch in der Region Bern kam es nicht zu der wünschenswerten Verlagerung von Ressourcen aus dem stationären in den gemeindeintegrierten Bereich, da eine durchgehende Sektorsierung des Versorgungsgebiets unter jeweils einheitlicher Sektorleitung fehlte. Erst mit der Schaffung der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) wurde diese für wenige Jahre in Gestalt der Direktionen Mitte/West und Ost Realität. Dadurch konnten in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre im Zuge eines gemeindepsychiatrischen Umbaus noch einmal innovative gemeindeintegrierte Versorgungsangebote realisiert werden, so eine Akuttagesklinik mit Krisenbetten, ein Tageszentrum sowie eine mobile Equipe zur nachgehenden und aufsuchenden Behandlung schwer und anhaltend psychisch Kranker. Die dafür notwendigen Ressourcen wurden durch die Stilllegung von rund 50 weiteren Betten verfügbar gemacht. Zusätzlich wurde die Sozialpsychiatriekonferenz Bern gegründet, die Behandlungsvereinbarung wurde eingeführt, ein Klinikbeirat mit Betroffenen, Angehörigen, Primärversorgern und sozialen Gemeindediensten einberufen, und es wurden Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten abgeschlossen. Wie schon in den 80er-Jahren spielte auch bei diesen Innovationen der Kantonal-Bernische Hilfsverein für psychisch Kranke eine wichtige Rolle, indem er die Anschubfinanzierung

neuer Projekte sicherstellen half und sie zum Teil auch längerfristig tatkräftig unterstützte.

Rasch verstärkte sich aber auch die für den Grossbetrieb UPD wohl unvermeidliche Zentrierung auf die Waldau, die Weiterentwicklung des stationären Bereichs mit neuen Akutstationen erhielt zunehmend Priorität, schliesslich wurde dieser sogar aus der Sektorisierung wieder herausgenommen und aus den Direktionen Mitte/West und Ost wurden neuerlich die Kliniken für Klinische Psychiatrie und für Sozial- und Gemeindepsychiatrie. Da die früher pionierhaften gemeindeintegrierten Angebote und die Binnendifferenzierung sowie Spezialisierung im klinischen Bereich nach und nach auch an anderen Orten entstanden, verlor Bern an Ausstrahlung und Anziehungskraft. Immerhin darf der Ausbau ambulanter und teilstationärer Einrichtungen immer noch als überdurchschnittlich gut gelten, und mit der kürzlich erfolgten Fusion der beiden bisherigen Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie eröffnet sich auch wieder die Chance zu neuerlichen Ressourcenverlagerungen entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär. Nach allen bisherigen Erfahrungen bedarf es dazu aber entsprechend klarer und verbindlicher psychiatriepolitischer Vorgaben, wozu die neu eingeleitete Runde in der kantonalen Psychiatrieplanung Gelegenheit geben sollte.

In diesem Zusammenhang fällt allerdings negativ ins Gewicht, dass hierzulande bisher kaum psychiatrische Versorgungsforschung mit Kontrollgruppendesigns betrieben wurde. Mögliche strukturelle Ursachen dafür sind einerseits die unterschiedliche Organisation und Budgetierung des ambulanten und des stationären Behandlungssektors und andererseits die Vielfalt der Finanzierungsträger. Diese Vielfalt lässt bisher nur schwer eine gegenseitige Verschiebung der Finanzierungslasten zu und konserviert die Institutionszentriertheit der Versorgung. Der personenzentrierte Ansatz, der einen überfälligen Paradigmawechsel darstellt, scheint ohne finanzielle Gesamtverantwortung für die Versorgung definierter Patientengruppen und klare Kooperationsmodelle sowie Anreize zur Umsteuerung nicht einmal zu Forschungszwecken realisierbar.

Eigentlich sollte aber unmittelbar einsichtig sein, dass auch in der Schweiz mit der Implementierung andernorts bereits breit evaluierter und in der Routineversorgung bewährter gemeindeintegrierter Versorgungsangebote eine grundlegende Modernisierung des Versorgungssystems erreicht werden könnte. Ebenso würden damit die beiden im heutigen gesundheitsökonomischen Umfeld speziell relevanten Zielvorgaben der Qualitätsverbesserung und des schlankeren Ressourceneinsatzes miteinander verbunden, und auch die finanzpolitisch wünschenswerte Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip zum Prinzip der optimalen Leistungsgestaltung bei gegebenem Budget würde vollzogen. Es gibt deshalb auch Grund zur Zuversicht, dass sich über kurz oder lang trotz dem gegenwärtig noch beträchtlichen Beharrungsvermögen der gewachsenen Strukturen die Macht des Faktischen Bahn brechen wird. Versicherer, staatliche Auftraggeber und innovative Leistungsanbieter werden mit der Zeit neue Wege beschreiten, um herauszufinden, wie sich diese Konzepte in der Schweiz am besten verwirklichen lassen.

Abschliessend ist festzuhalten: (1) dass einige psychische Krankheiten zu den häufigsten Krankheiten überhaupt gehören und damit die Bedeutung von Volkskrankheiten haben, (2) dass sie über das Leiden des Kranken und seiner Angehörigen hinaus durch oft lange Dauer und erhebliches Rückfallrisiko Kosten in vergleichbaren Grössenordnungen verursachen, (3) dass die Psychiatrie heute über evidenzbasierte wirksame Verfahren zur Behandlung dieser Krankheiten verfügt, und (4) dass innovative gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte dabei eine speziell auch unter Ressourcenaspekten herausragende Rolle spielen.

Gleichzeitig lassen gesundheitsökonomische Analysen zur heutigen Psychiatrieversorgung erkennen, dass die angesichts der steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen knappen Ressourcen derzeit nicht optimal eingesetzt werden. Insbesondere in der institutionellen Psychiatrie wäre durch eine stärkere Gewichtung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote auch in der Akutbehandlung ein schlankerer Ressourceneinsatz und damit eine bessere Behandlung auch von bisher vernachlässigten Patientengruppen möglich.

Gut 30 Jahre nach Beginn der Psychiatriereform findet sich die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung also erneut in Bedrängnis. Obwohl potentiell medizinisches Zukunftsfach mit der drittgrössten Zahl von Weiterbildungskandidaten, einem enormen wissenschaftlichen Entwicklungspotential und wachsender gesamtgesellschaftlicher Bedeutung fehlt es an einer zukunftsgerichteten fachinternen Gesamtstrategie sowie oft an einer übergeordneten gesundheitspolitischen Planung bzw. Planungskontinuität.

Um also den eingangs postulierten Anspruch auf eine wirkungsvolle Hilfe für alle psychisch Kranken durchzusetzen, bedarf es konstruktiver Fantasie und gemeinsamer Arbeit an einem auch von aussen identifizierbaren Erscheinungsbild der Psychiatrie, das durch die Qualität seiner Leistungen überzeugt. Dies bedarf einer gemeinsamen Anstrengung von biologischer Psychiatrie, Sozial- und Gemeindepsychiatrie sowie Psychotherapie. Die Psychiatrie wird die auf sie zukommenden Herausforderungen nur als geschlossenes bio-psycho-soziales Fachgebiet bestehen, oder sie wird schon in absehbarer Zeit Zuständigkeiten und Kompetenzen an andere medizinische und an nicht- medizinische Fächer verlieren.

14.06.2006 Bre/tw