

Gegenwartsprobleme und Zukunftsherausforderungen der Gemeindepsychiatrie*

Michael Regus

In der psychiatrischen Szene gibt es heute unterschiedliche Wahrnehmungen der Situation: Die eine Seite sieht vor allem Probleme und Risiken. So beklagen zum Beispiel die Unterzeichner/-innen der Soltauer Impulse (2004) ein Auseinanderdriften von Arm und Reich, abnehmende Toleranz gegenüber Anderssein, verstärkten Ausschluss von Randgruppen, Zunahme der Zwei-Klassen-Medizin, Vernachlässigung pflegebedürftiger Menschen in Heimen, unzureichende Betreuung psychisch Kranker in Obdachlosigkeit, Vermarktlichung und Ökonomisierung sowie immer mehr Fremdsteuerung und Bürokratisierung des Hilfescheitens.

Die andere Seite verweist darauf, dass seit Beginn der Psychiatriereform doch viel erreicht worden sei und es auch heute – trotz oder gerade wegen der Krise – positive Entwicklungen und Chancen gebe, die man nutzen müsse. Die unterschiedlichen Einschätzungen sprechen dafür, dass die tatsächliche Entwicklung widersprüchlich ist und einer differenzierten Analyse bedarf. Wo liegen die Probleme wirklich, welche Lösungsstrategien gibt es und wie sind ihre Erfolgsaussichten zu bewerten? Auch wenn ich diese Fragen nicht umfassend und abschließend beantworten kann, so möchte ich doch aus meiner Sicht einige Überlegungen zur Diskussion beisteuern.

Die Sonderrolle der Psychiatrie scheint beendet

Wenn man die Entwicklung der letzten 30 Jahren überblickt, fällt auf, dass die Psychiatrie im Vergleich mit dem übrigen Gesundheitswesen eine Sonderrolle innehatte. Die allgemeine Gesundheitspolitik war schon seit Mitte der 1970er-Jahre fast nur noch mit der Kostenfrage befasst, wobei jedoch überzeugende Lösungen nicht gefunden wurden. Die Versicherungsbeiträge wuchsen ständig und immer wieder wurden neue Sparmaßnahmen ergriffen, die vor allem zu Lasten der Patienten und Beschäftigten gingen. Sie hatten keine nachhaltige Wirkung, weil ineffektive und ineffiziente Strukturen nicht angetastet wurden. Zugleich engte die wachsende Arbeitslosigkeit den finanziellen Spielraum der Sozialversicherung immer mehr ein. Inzwischen ist der Problemdruck so groß geworden, dass man sich auch an Strukturreformen heranzuwagen scheint, die bislang tabu waren.

In der Psychiatrie war die Situation lange Zeit anders: Hier wurde nicht nur beträchtlich investiert, sondern auch eine tiefgreifende Strukturreform und Modernisierung durchgeführt. Dieser Prozess ist inzwischen weit vorangeschritten und nicht mehr umkehrbar, kann aber keineswegs schon überall und in jeder Hinsicht als abgeschlossen betrachtet werden. Die Krise der Sozialhaushalte hat jedoch inzwischen ein solches Ausmaß erreicht, dass auch die Sonderrolle der Psychiatrie beendet wurde. Die Kostenfrage ist nun auch hier zum alles beherrschenden Thema geworden.

Es ist heute offenkundig, dass ohne eine Lösung dieser Frage nicht nur keine weiteren psychiatriepolitischen Fortschritte mehr zu erwarten sind, sondern auch das bereits Erreichte dramatisch gefährdet ist. Strittig ist nur, welcher Weg gegangen werden soll, welche Methoden wie kombiniert werden sollen und was dabei wem zugemutet werden darf.

Strategien der Kostendämpfung

Gesundheitsökonomien unterscheiden zwei Strategien der Kostendämpfung: Rationierung und Rationalisierung. *Rationierung* bedeutet Ausgrenzung bestimmter Leistungen oder Personenkreise aus dem Katalog der staatlich garantierten Sozialleistungen. Sie geht fast immer zu Lasten jener Menschen, die über wenig eigene Ressourcen verfügen, geringen politischen Einfluss haben und auf diese Leistungen angewiesen sind. Bei chronisch psychisch kranken Menschen kumulieren diese Merkmale in besonderer Weise. Man unterscheidet:

Explizite Rationierung: Ausschluss definierter Personengruppen von bestimmten öffentlichen Gesundheits- oder Sozialleistungen durch den Gesetzgeber oder die dazu ermächtigte Verwaltung.

Implizite Rationierung: Hier erfolgt der Ausschluss bestimmter Personen indirekt, z. B. durch...

- Budgetierung: Die Selektion obliegt dem Leistungserbringer (z. B. wenn der Arzt infolge knapper Arzneimittelbudgets nicht mehr jedem Patienten das optimale Mittel verordnen kann)
- (Teil-)Privatisierung der Leistungsfinanzierung (z. B. durch Selbstbeteiligung): Die Selektion erfolgt über die sozial ungleich verteilte Möglichkeit, den Eigenanteil an den Kosten problemlos zu tragen.

Rationalisierung verfolgt demgegenüber das Ziel, die verfügbaren Mittel effizienter einzusetzen, um mehr finanziellen Spielraum zu gewinnen. Auch hier gibt es verschiedene Strategien:

- Optimierung der »technischen Effizienz« durch Weiterentwicklung fachlicher Konzepte, Methoden und Instrumente, verbesserte Ablauforganisation, Nutzung neuer Informationssysteme und EDV-Möglichkeiten etc.
- Optimierung der »allokativen Effizienz«, d. h. Konzentration der Ressourcen auf Bereiche mit besonders guter Kosten-Nutzen-Relation. Diese Strategie ist in der Regel schwer zu realisieren, da sie auf den Widerstand einflussreicher Gruppen stößt, die aus den bestehenden Verhältnissen Nutzen ziehen.

Das heutige Dilemma

Solange noch genügend Geld mobilisierbar war, wurde der Auseinandersetzung meist ausgewichen und auf umstrittene Strukturreformen verzichtet. Stattdessen wurde nach dem Prinzip des »Mehr vom Gleichen« immer mehr in das System gepumpt und dessen mangelnde Effizienz fortgeschrieben. Dies führte in die Kostenfalle und damit in die Situation, die wir heute haben. Wie bereits erwähnt, sieht mancher darin die Chance, die nötigen Reformen endlich durchzusetzen. Dabei wird allerdings häufig vergessen, dass in der Regel (a) zunächst Investitionen erforderlich sind, wenn die Reform gelingen soll, und (b) der ökonomische Entlastungseffekt – wenn überhaupt – erst mit zeitlicher Verzögerung einzutreten pflegt. Das Dilemma ist, dass öffentliche Mittel für solche Investitionen heute kaum noch zur Verfügung gestellt werden (können). So bleibt das, was dann mit unzureichenden Mitteln realisiert wird, oft wenig befriedigendes Stückwerk. Immer häufiger werden an sich sinnvolle Konzepte in verkürzter oder veränderter Form adaptiert, wobei sie oft eine ganz andere Stoßrichtung bekommen, als ursprünglich vorgesehen war (ein Beispiel hierfür ist die Implementation des Personenzentrierten Ansatzes).

Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es in dieser Situation?

(a) Man verzichtet auf die Reform und hofft auf bessere Tage. Dies wäre jedoch unverantwortlich, weil die Probleme und die Schwierigkeiten, sie zu lösen, immer größer werden. De facto käme es zu einer ungeplanten, wildwüchsigen Rationierung. Die Schere zwischen verfügbaren Mitteln und Kosten würde sich noch weiter öffnen. Hauptverlierer wären jene, die sich am schlechtesten wehren können und deren Probleme öffentlich am wenigsten wahrgenommen werden. Chronisch psychisch Kranke gehören in besonderem Maße zu dieser Gruppe. Mitbetroffen wären auch die Beschäftigten in den Diensten und Einrichtungen, deren Funktion sich infolge verschlechterter Arbeitsbedingungen, Deprofessionalisierung und Prestigeverlust wieder stärker den Verhältnissen in der früheren Anstaltspsychiatrie annähern würde.

(b) Man versucht eine Optimierung der allokativen Effizienz zu erreichen, d. h. man beschafft sich die Mittel im System, indem man Ressourcen zugunsten der Bereiche umverteilt, in denen Investitionen besonders rentabel erscheinen. Dies sind vor allem die Bereiche, wo Patienten bzw. Klienten mit vergleichsweise günstiger Therapie- und Rehabilitationsprognose versorgt werden. Auch bei dieser Variante sind die Schwächsten die Verlierer. Der Unterschied zur wildwüchsigen Rationierung besteht nur darin, dass der Prozess nach Kriterien ökonomischer Rationalität gesteuert wird. Der Nutzen für die Gewinner wird größer und der Schaden für die Verlierer kalkulierbar. Die Maßnahmen sind leichter durchsetzbar, weil die Unterschiedlichkeit der Interessen von Gewinnern und Verlierern leichter erkennbar ist, so dass die Front des Widerstands gespalten wird.

(c) Man versucht durch Optimierung der technischen Effizienz vorhandene Sparpotenziale auf einzel- und/oder überbetrieblicher Ebene zu nutzen. Die Möglichkeiten hierzu sind vielfältig und liegen auf verschiedenen Ebenen:

- *Arbeitsebene:* Standardisierung von Verfahren, Behandlungsleitlinien, Beschränkung der garantierten Leistungen auf evidenzbasierte Maßnahmen, zielorientierte Planung und Evaluation, Optimierung des Klienten-Helfer-Verhältnisses, Verbesserung der Compliance etc.
- *Organisationsebene:* Veränderungen der Personalstruktur, effizientere Führung, Abbau von Hierarchien, Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortung, Flexibilisierung der Ablauforganisation, Priorisierung der Unternehmensziele usw.

Das Ganze nennt sich Organisationsentwicklung oder Qualitätsmanagement und funktioniert nur, wenn das Konzept stimmt, die Führung hinreichend geschickt und durchsetzungsfähig ist und die Mitarbeiter kooperieren. Letzteres wird zunehmend dadurch behindert, dass sich die Arbeitsbedingungen durch Ressourcenverknappung und Deregulierung verschlechtern. Personalabbau, Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung der Arbeitszeiten und -einsätze, Befristung der Arbeitsverträge, Lockerung des Kündigungsschutzes, Outsourcing usw. führen zu immer mehr Stress, Angst um den Arbeitsplatz, Motivationsverlust und unkritisch-angepasstem Verhalten. Dies alles ist der Qualität der Arbeit wenig förderlich.

- *Überbetriebliche Ebene:* Vernetzung, Koordination, Arbeitskreise, Absprachen, Kooperationsvereinbarung, Integrationsmodelle, gemeindepsychiatrischer Verbund etc. Viele dieser Projekte sind sinnvoll, dennoch haben auch sie Nebenwirkungen (insbesondere im Sinne von Bürokratisierung und hohem Zeitaufwand). Diese können die positiven Effekte überlagern oder sich negativ auf andere Maßnahmen auswirken, vor allem wenn die Ressourcen knapp sind und der komplexe Gesamtprozess nur unzulänglich koordiniert und geleitet wird.

Formen und Auswirkungen neuer Steuerungsformen

Angestoßen, flankiert und inhaltlich geprägt werden die beschriebenen Prozesse durch Maßnahmen auf der *Ebene der Politik und Gesetzgebung*, insbesondere durch die Implementation neuer Steuerungsformen. Dabei lassen sich insbesondere folgende Strategien unterscheiden:

- Stärkung staatlicher Steuerungsfunktionen, vor allem auf kommunaler Ebene (Einführung von Psychiatriekoordinatoren, Reform des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Novellierung des PsychKG, Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen, Entwicklung systematischer Gesundheits- und Psychiatrieberichte). Diese Steuerungsformen wurden allerdings bisher eher schwach institutionalisiert. Nach wie vor gehen die Möglichkeiten der Kommunen zur Steuerung und Koordination

des gemeindepsychiatrischen Geschehens nur wenig über die Wahrnehmung einer Moderatorenrolle hinaus.

- Stärkung der Einflussmöglichkeiten der Kostenträgers auf Art und Umfang des Leistungsgeschehens und der Kostenentwicklung. Hierin lag der Schwerpunkt der Politik der letzten Jahre. Für den Bereich der Gemeindepsychiatrie besonders folgenreich ist die Reform der Eingliederungshilfe für Behinderte. Es wurden und werden dabei Elemente sowohl planwirtschaftlicher als auch marktwirtschaftlicher Steuerung eingeführt und in teilweise überaus komplizierter Weise kombiniert:
 - Planwirtschaftliche Steuerungselemente:
 - Leistungsvereinbarungen (i. d. R. mit der Tendenz restriktiver Leistungsbeschreibung)
 - Prüfungsvereinbarungen (Wirtschaftlichkeit/Qualität)
 - Prospektive Vergütung
 - Verfeinerung der individuellen Bedarfsermittlung
 - Spezielle Hilfeplanverfahren mit Clearinggremien/Hilfeplankonferenzen
 - Steuerung durch Zielvereinbarungen (z. B. zur Überführung stationärer Patienten/Klienten in ambulante Settings) etc.
 - Marktwirtschaftliche Steuerungselemente
 - Intensivierung des Wettbewerbs z. B. durch Aufhebung des Vertragszwangs, Ausschreibungsverfahren, Preiswettbewerb etc.

Die Erweiterung planwirtschaftlicher Elemente führte nicht nur zur (intendierten) Verknappung und Umschichtung von Ressourcen, sondern auch zu Nebenwirkungen im Sinne weiterer Bürokratisierung. Noch problematischer erscheinen die sich abzeichnenden Folgen der neuen marktwirtschaftlichen Elemente:

- Gefährdung der fachlichen Qualität durch ruinöse Preiskonkurrenz.
- Tendenz zur Monopolbildung und Verdrängung kleiner regionaler Träger ohne Rücksicht auf deren spezifische Erfahrung und Kompetenz.
- Verdrängung von Gemeinnützigkeit und wertebasiertem Trägerengagement durch ungebremste Profitorientierung.
- Umschichtung betrieblicher Ressourcen in teure Marketingprojekte und Werbestrategien.
- Verstärkter Widerstand gegen mehr Transparenz der Arbeit in den Diensten und Einrichtungen.
- Degeneration von Qualitätsmanagement zur Imagepflege.
- Ausgrenzung von Klienten und Leistungsarten, die weniger rentabel sind.
- Kontraproduktives Konkurrenzverhalten (in und zwischen den Einrichtungen).

Diese Risiken bedeuten: Wenn schon Intensivierung des Wettbewerbs (was bei richtiger Indikation und Dosierung durchaus nützlich sein kann), sollte dies immer mit einer wirksamen und unabhängigen, fachlich fundierten externen Qualitätskontrolle aus unterschiedlichen Perspektiven (insbesondere der Betroffenenperspektive) verbunden sein.

Das Problem ist nur, dass gegenwärtig alles darauf hinauszu- laufen scheint, dass diese Bedingung keinen Eingang in die relevanten Leistungsvereinbarungen findet.

Aktivierung der Bürgergesellschaft als Alternative?

Hintergrund dieses Konzepts ist die Theorie des Kommunitarismus. Sein Stellenwert in der Praxis ist noch relativ gering, es spielt aber in der theoretischen Diskussion um Zukunftsperspektiven eine erhebliche Rolle. In manchen Diskursen wird es auch unter dem Begriff »Inklusion« diskutiert. Ein prominenter Vertreter im psychiatrischen Bereich ist Klaus Dörner. Er sieht den einzigen Ausweg darin, dass man dem Normalbürger zumutet, (wieder) mehr persönliche Zeit für die Menschen zur Verfügung zu stellen, die auf soziale Unterstützung angewiesen sind, anstatt ein ständig wachsendes System teurer Institutionen und Professionen zu finanzieren, um sich von dieser Aufgabe zu entlasten.

Es ist aber unklar, inwieweit diese Perspektive realistisch ist. Dennoch ist sie wahrscheinlich die einzige Chance, mittel- und langfristig aus dem gegenwärtigen Dilemma herauszukommen. Dabei ist zu bedenken, dass auch sie Risiken beinhaltet, die wiederum vor allem die Schwächsten betreffen. Die Gefahr der Vernachlässigung ist groß, in jedem Fall werden auch weiterhin qualifiziert betreute Rückzugsmöglichkeiten benötigt werden. Die Situation der Betroffenen muss auch bei dieser Variante aufmerksam beobachtet werden, um Probleme rechtzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

Eine Schwierigkeit ist, dass sich die Einrichtungsträger und Professionen nicht leicht mit diesem Konzept anfreunden, läuft es doch auf die Übergabe eines Teils ihrer Aufgaben auf die Bürgergesellschaft hinaus. Die Reserve ist verständlich: nicht nur weil niemand gerne an dem Ast sägt, auf dem er sitzt, sondern auch als Ausdruck eines ernst genommener Verantwortung. Andererseits wird von dort, wo eine konsequente Enthospitalisierung, wie z. B. in Gütersloh, durchgeführt wurde, berichtet, dass vieles möglich war, was die Fachleute in den Institutionen zuvor nicht geglaubt hatten. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass die unabhängige, wissenschaftlich qualifizierte Evaluation bisher keine Stärke dieser Projekte war.

Die Formel von dem Ast, auf dem man sitzt, gilt aber nur für jene, die nicht erkennen, dass das kommunitaristische Konzept auch neue Chancen für die gemeindepsychiatrischen Berufe bietet. Die Inklusion wird nämlich vielfach nur dann gelingen, wenn sie professionell angemessen unterstützt wird. Die qualitativ neue Herausforderung für die Soziale Arbeit nach diesem Konzept besteht darin, dass das alte Prinzip der Hilfe zu Selbsthilfe nicht mehr nur auf das hilfsbedürftige Individuum allein bezogen wird. Vielmehr muss nun die Bürgergesellschaft insgesamt, vor allem auf der kommunalen Ebene, befähigt, motiviert, unterstützt und begleitet werden, bis hin zu neuartigen Kriseninterventionen, die notwendig sein werden. Von daher erscheinen jene gut beraten, die sich schon heute auf die neue Aufgabe einstellen und in diesem

Sinne zu arbeiten beginnen. Dabei darf allerdings die Verantwortung nicht allein den Angehörigen zugeschoben werden. Vielmehr müssen auch darüber hinaus neue Möglichkeiten der Selbst- und Bürgerhilfe erschlossen und systematisch gefördert werden.

Die Kostenfrage als ethische Herausforderung

Die Arbeit an solchen Perspektiven ist zwar wichtig, ersetzt aber nicht die Beteiligung an der aktuellen Auseinandersetzung um kurz- und mittelfristige Lösungen der Kostenfrage. Von entscheidender Bedeutung ist dabei die Erkenntnis, dass es sich nicht nur um eine mit pfiffigem Management zu lösende Aufgabe, sondern auch um eine beträchtliche sozioethische Herausforderung handelt. Die These, dass ökonomische Effizienz und Klientenwohl einander nicht ausschließen, ist zwar bequem, aber nur teilweise richtig. Gerade im Bereich der Gemeindepsychiatrie stimmt sie leider häufig nicht.

Im Kern geht es um die Frage: Sollen Patienten mit stärkerer Beeinträchtigung und größerem Hilfebedarf in jedem Fall Priorität haben gegenüber leichter oder weniger folgenswer Erkrankten, auch wenn die Kosten-Nutzen-Rechnung ergibt, dass die Hilfe für Letztere einen deutlich günstigeren Einsatz der beschränkten Mittel ergeben würde?

In der Medizinethik gibt es zwei Grundrichtungen, die auf die Diskussion dieser Frage angewendet werden können:

(a) Die *utilitaristische Theorie* strebt den möglichst weitgehenden gesundheitlichen Nutzen für die Gesamtheit der Bevölkerung an. Die Ressourcen werden so verteilt, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis für jedes Gut oder jede mögliche Aktivität gleich ist. Dies entspricht einer effizienten Ressourcenverteilung.

(b) In der *Theorie der sozialen Gerechtigkeit* ist der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit mindestens genauso wichtig wie der Gesamtnutzen der Bevölkerung. In dieser Tradition sollen die Ressourcen vorzugsweise für benachteiligte soziale Schichten oder Menschen eingesetzt werden, die besonders hilfsbedürftig sind. Unser Gesundheitswesen steht in der Tradition dieses Verständnisses. Auch die Expertenkommission der Bundesregierung ließ sich davon leiten, als sie 1988 auf die Benachteiligung der chronisch psychisch Kranken in der ersten Phase der Psychiatriereform hinwies und ihre Empfehlungen auf diese Gruppe konzentrierte. Für viele, die sich in der Gemeindepsychiatrie engagieren, gilt bis heute die Maxime, dass man immer beim Schwächsten beginnen und von dessen Bedürfnissen ausgehen müsse, auch wenn dies eine Utopie sei, die nie vollständig realisiert werden könne. Diesen Widerspruch müsse man aushalten lernen.

Der Blick in die Lehrbücher der praktischen Ethik zeigt, dass die Philosophie in ihrer Geschichte eine Menge geistreicher und meist sehr komplizierter Theorien entwickelt hat, wie mit dem Dilemma der Verteilungsgerechtigkeit unter Bedingungen allgemeinen Mangels umgegangen werden kann. Wenn man sich näher damit beschäftigt, wird aber deutlich, dass es keine Lösung gibt, die wirklich interessenneutral ist. Die ge-

schichtliche Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft umso besser geschützt sind, je stärker die verhaltensprägende Kraft sozialer Gerechtigkeitsideale in der Gesellschaft ausgeprägt ist – seien sie in humanistischer oder religiöser Weltanschauung begründet. Dies bedeutet aber nicht, dass man auf utilitaristische Erwägungen einfach verzichten könnte. Denn deren Vernachlässigung würde ebenfalls zu nicht befriedigenden Lösungen führen. Der berühmteste Versuch, den Widerspruch zwischen utilitarischer Vernunft und wertbasierter Sozialethik zu lösen, ist der Ansatz von John Rawls (1971), nach dem die Erwartungen der am stärksten Benachteiligten in den Mittelpunkt gestellt werden sollen. Ungleiche Verteilung ist danach ethisch vertretbar, wenn sie im Endergebnis auch dem am meisten Benachteiligten überwiegend Vorteile bringt.

Das zweite Element der Rawlschen Theorie ist ein interessantes Prozessmodell zur Entscheidungsfindung. Dabei wird von der fiktiven Situation ausgegangen, dass alle von der Entscheidung Betroffenen hinter einem sog. Schleier des Nichtwissens die Frage nach der gerechten Lösung beantworten sollen, d. h. ohne vorher zu wissen, zu welcher Gruppe sie später gehören. Sie sollen zugleich umfassend aufgeklärt sein über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen für die jeweiligen Gruppen. Aus diesem theoretischen Modell lassen sich einige Prinzipien ableiten, die für die Praxis nützlich sind und bei den anstehenden Entscheidungen beachtet werden sollten:

- (1) Gleichberechtigte Einbeziehung und Berücksichtigung aller relevanten Perspektiven,
- (2) Priorisierung der Interessen jener, für welche die Situation bzw. Entscheidung die größten Risiken birgt,
- (3) Absicherung der positiven Gesamtnutzenbilanz für jene, die als Zugeständnis an die ökonomische Rationalität zunächst benachteiligt werden (müssen),
- (4) Zugeständnisse an die ökonomische Rationalität müssen spätestens dort ihre Grenze finden, wo die Menschenwürde und Grundrechte Einzelner oder bestimmter Gruppen tangiert werden,
- (5) Herstellung möglichst weitgehender Transparenz über die Art des Problems, die verfügbaren Optionen, ihre Risiken und Chancen für alle an der Entscheidung Beteiligten.

Schlussfolgerungen

Konkret ergibt sich daraus u. a., dass bei den Entscheidungen über die weitere Entwicklung der Gemeindepsychiatrie die Perspektive der chronisch psychisch Kranken auf allen Ebenen wirksam vertreten sein muss. Dabei ist insbesondere auch an jene zu denken, die krankheitsbedingt ihre Interessen nicht selbst vertreten können. Hier muss m. E. noch erheblich mehr als bisher über Möglichkeiten einer angemessenen – auch anwaltschaftlichen – Interessenvertretung nachgedacht werden, die öffentlich gefördert und von den Kosten- und Einrichtungsträgern unabhängig zu organisieren wäre.

Die zweite Konsequenz ist, dass mehr Transparenz geschaffen werden sollte. Die Defizite des Wissens über die Qua-

lität der Hilfen und die Situation der chronisch psychisch kranken Menschen inner- und außerhalb der Einrichtungen sind immer noch gewaltig. Damit ist das Aufgabenfeld der Gesundheits- und Psychiatrieberichte angesprochen (vor allem auf kommunaler Ebene), aber auch der Beitrag der Wissenschaft zur Praxisforschung sowie zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Gemeindepsychiatrie. Die kommunale Psychiatrieberichte kommt derzeit nur mühsam voran und hat – nach hoffnungsvollen Anfängen in den 1990er-Jahren – erheblich an Schwung verloren. Eine kürzlich von uns fertig gestellte Arbeitshilfe zur kommunalen Berichterstattung über psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis will diesbezüglich neue Impulse geben.¹ Eine dritte Forderung, die sich aus den Überlegungen ergibt, zielt auf die Einbeziehung aller aus öffentlichen Mitteln geförderten Dienste und Einrichtungen für psychisch kranke Menschen in die örtliche Pflichtversorgung. Nur so kann verhindert werden, dass »unrentable« und wenig attraktive Patienten aus dem Versorgungssystem ausgegrenzt und ohne qualifizierte Hilfe ihrem Schicksal überlassen werden. Voraussetzung ist ein funktionsfähiger gemeindepsychiatrischer Verbund, der sich die Sicherung der Hilfen für diese Menschen zur Aufgabe macht. Die Dominanz marktwirtschaftlichen Denkens droht dieses alte Anliegen der Gemeindepsychiatrie immer mehr in den Hintergrund zu drängen. Umso wichtiger erscheinen mir die Aktivitäten der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Versorgung (BAG GPV), die in diesem Jahr auf Initiative der Aktion Psychisch Kranke gegründet wurde. Die dort geführte Diskussion um geeignete Organisationsformen und unverzichtbare Mindeststandards der Verbünde betrifft Schlüsselfragen der künftigen Entwicklung.

Wenn ich mich vor allen auf das Spannungsverhältnis von ökonomischer Rationalität und Verteilungsgerechtigkeit konzentriert habe, so ist dazu anzumerken, dass es noch weitere Widersprüche gibt, die sich im Zuge der aktuellen Entwicklung in ähnlicher Weise verschärfen. Dies gilt zum Beispiel für das Spannungsverhältnis zwischen ökonomischer Rationalität und Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen oder auch für den Konflikt zwischen ökonomischer Rationalität und fachlichen Erfordernissen bzw. professionellen Standards. Diese Probleme sind ebenfalls zu diskutieren, was allerdings in diesem Rahmen nicht mehr möglich ist. Ich hoffe jedoch, dass es dennoch gelungen ist, die Brisanz der Herausforderung deutlich zu machen, vor der alle stehen, die – in welcher Funktion auch immer – Verantwortung für die Zukunft der Gemeindepsychiatrie tragen.

Literatur

- DÖRNER K (2004) Das Handeln psychosozialer Profis. Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. In: Soziale Psychiatrie 3: 37–42
- RAWLS J (1971) A Theory of Justice. Cambridge
- Soltauer Impulse. In: Soziale Psychiatrie 3/2004: 34–36, www.psychiatrie.de/download/sp

Anmerkungen

- * Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem Workshop »Gemeindenah ist auch vorbei?« von DPWV und ZPE – Uni Siegen am 21. Februar 2006
- 1 Die Arbeitshilfe ist über das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) in Bielefeld erhältlich.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Michael Regus
Universität Siegen
Zentrum für Planung und Evaluation
sozialer Dienste (ZPE)
Adolf-Reichwein-Str. 2
57068 Siegen
regus@sozialmedizin.uni-siegen.de