

Vortrag
von Bezirkstagspräsident Josef Mederer
anlässlich der Vollversammlung des Bayerischen Bezirkstags
am 8. Juli 2016 in Kloster Banz

„Heute: Der bayerische Sonderweg hin zu einer modernen Versorgungsstruktur“

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Bayern gehen die Uhren anders. Mit diesem Spruch wird vielleicht nicht immer gemeint, dass wir in Bayern der Entwicklung eine Nase voraus sind. Der bayerische Sonderweg, denen ich Ihnen im Folgenden gleich darstellen darf, beweist den Spruch aber durchaus im positiven Sinne.

Dem bayerischen Sonderweg gehen mehrere kluge Entscheidungen lange voraus: es war die erste kluge Entscheidung, im Jahr 1837 die Zuständigkeit für die damals noch sogenannten „Irrenanstalten“ in die Hand der Bezirke, damit also auch in die Hand der kommunalen Selbstverwaltung zu geben. Diese Entscheidung wurde mit Schaffung der Bezirksordnung 1953 durch Artikel 48 verstärkt, die zweite kluge Entscheidung! Demnach sind wir als Bezirke verpflichtet, die erforderlichen stationären und teilstationären Einrichtungen für Psychiatrie zu errichten, zu unterhalten und zu betreiben. Gleichzeitig sind wir auch dafür zuständig, die erforderlichen Einrichtungen für die Eingliederung behinderter Menschen bereit zu stellen, zu unterhalten oder zu fördern. Soweit das Zitat aus der Bezirksordnung.

Weiter sind wir als Leistungsträger der Eingliederungshilfe auch für Menschen mit seelischen Behinderungen zuständig und haben in diesem Zusammenhang nicht nur eine politische Verantwortung, sondern zusammen mit unseren Partnern der Wohlfahrtspflege auch einen Gestaltungsauftrag, schon die dritte gute Entscheidung.

Und die vierte kluge Entscheidung, eine Folge oder man kann es auch als Teil des bayerischer Sonderwegs sehen, zu dem ich gleich kommen werde: bereits 1993, also 15 Jahre bevor die Bezirke die umfassende Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe bekommen haben, wurden sie – als Ergebnis des zweiten bayerischen Psychiatrieplans - nach dem damaligen Ausführungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz für ambulante Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen zuständig. Das war entscheidend für die Entwicklung, über die ich gleich berichten werde!

Über Voraussetzungen und die auch gesellschaftlich bahnbrechenden Folgen der Psychiatrieenquete von 1975 haben wir gerade durch den Bericht von Herrn Prof. Haselbeck viel gelernt. Bereits 1966, also neun Jahre zuvor, hatte sich eine von der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirkstagspräsidenten, das ist die Vorläuferorganisation des heutigen Bayerischen Bezirkstags, also eine von dieser Arbeitsgemeinschaft eingesetzte Planungskommission hatte sich zur Aufgabe gesetzt, Vorschläge für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Bayern zu erarbeiten. Dabei durften sich schon damals die Überlegungen nicht nur auf die stationäre Behandlung beschränken, sondern mussten auch die sonstigen Bereiche der psychiatrischen Versorgung mit einbeziehen. Wie: teilstationäre Einrichtungen, Übergangs- und Ambulanzeinrichtungen, aber auch die Probleme der beruflichen und sozialen Rehabilitation betrachten. Bereits die Zusammensetzung der Kommission

liest sich modern: in ihr waren Politik und Verwaltung, Architekten und Ärzte – sowohl aus dem klinischen, wie dem ambulanten Bereich – vertreten. Das Ergebnis der Kommission führte dann zur Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten von 1971 und liest sich ebenfalls schon recht modern.

Bereits in dieser Denkschrift wird als wichtige Voraussetzung für die Verwirklichung der einzelnen Schritte zur Reform der Psychiatrie die Schaffung von genügend Ausbildungs- und Fortbildungsstätten für das erforderliche Personal gefordert. Bereits in dieser Denkschrift bemüht man sich um Entstigmatisierung und eine Beendigung der Diskriminierung psychisch Kranker durch eine Aufhebung der räumlichen und organisatorischen Trennung von der entsprechenden Behandlung körperlich Kranker. Die Denkschrift diente als Richtlinie für künftige Planungen zum Ausbau der psychiatrischen Versorgung. Es wurde damals schon der Umbau zu einer bevölkerungs- und wohnortnahen stationären Versorgung in kleinen psychiatrischen Institutionen und der Ausbau der nachgehenden Fürsorge gefordert. Der Paradigmenwechsel weg von der Fürsorge hin zur Teilhabe vollzog sich erst ab 2002, das möchte ich in Erinnerung rufen, heute kommen uns Begriffe wie „Fürsorge“ schon ganz altmodisch vor!

In demselben Jahr, in dem die Denkschrift durch die Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten verabschiedet wurde, 1971, berief die Bundesregierung erst die Expertenkommission ein. Sicherlich ist der am 25. November 1975 überreichte Bericht der „Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“, wie die Psychiatrie-Enquete ja ausführlich heißt, wesentlich umfangreicher und auch umfassender als die Denkschrift der Bezirkstagspräsidenten von 1971.

Dennoch dauerte es noch weitere fünf Jahre, bis der Bundestag 1980 das Modellprogramm Psychiatrie beschloss, mit dem etwa 140 Modelleinrichtungen der außerklinischen Versorgung gefördert werden sollten. Bayern hatte sich jedoch aus verfassungsrechtlichen und finanzpolitischen Erwägungen diesem Modellprogramm nicht angeschlossen, sondern stellte im selben Jahr, also 1980, mit dem ersten bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, ein eigenes Versorgungskonzept vor. Der Psychiatrieplan wurde unter Beteiligung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Träger und Verbände erarbeitet und bezog sich neben dem Enquete-Bericht auf weitere im Vorfeld erstellte Analysen. Ziel war auch die Erarbeitung gemeinsamer fachlicher und organisatorischer Konzeptionen für ein breitgefächertes System von Hilfen und Angeboten für psychisch Kranke und Behinderte.

Er gab nicht nur Leitlinien und Empfehlungen vor. Aufbauend auf den schon bestehenden Diensten und Einrichtungen hat er Schritt für Schritt die Voraussetzungen für eine in allen Landesteilen möglichst gleichwertige Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch gezielte Fördermaßnahmen geschaffen. Dafür stellte die Staatsregierung knapp 109 Mio. DM zur Verfügung. Die Bundesregierung hat zur selben Zeit, nur zum Vergleich!, mit dem von mir vorhin erwähnten Modellprogramm Psychiatrie für das ganze Bundesgebiet ca. 260 Mio. DM zur Verfügung gestellt.

Mit Hilfe also des Versorgungskonzepts des ersten Psychiatrieplans wurden die heute allgemein als SpDi bekannten Sozialpsychiatrischen Dienste als wichtige Elemente der ambulanten Versorgung beschrieben. Mit ihnen sollten gemeindenahе, unbürokratische und niedrigschwellige Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die möglichst flächendeckend chronisch psychisch Kranken außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser Hilfe anbieten. Damals wurde auch die Entscheidung getroffen, die SPDi bei der freien Wohlfahrtspflege anzusiedeln und ihnen keine hoheitlichen Befugnisse zu erteilen. Unter allen ambulanten Maßnahmen kam dem SpDi eine gewissen Leitfunktion zu. So wurde im Psychiatrieplan auf dessen Rolle bei der Erkennung, Beratung

und Betreuung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, insbesondere auch in der Wohnung und am Arbeitsplatz hingewiesen. Dies hat, trotz im weiteren Verlauf der Geschichte schwindender Finanzgeber, zu einem für das Bundesgebiet beispielhaften Ausbau dieser Dienste geführt.

1980 gab es zehn SpDi in Bayern, für die sich Bezirke und Staat die Kosten je hälftig geteilt haben. Im Gegensatz zu den Projekten des Modellprogramms der Bundesregierung war durch diese Vereinbarung immerhin eine Regelfinanzierung gesichert.

Es ist zwar immer wieder kritisch bemerkt worden, dass es in Bayern nicht gelungen ist, die Sozialpsychiatrischen Dienste in einem Psychatriegesetz verbindlich zu verankern. Sie seien als frei disponible Leistungen in Zeiten knapper Kassen der jeweils aktuellen Haushaltslage und damit gewissermaßen auch politischer Willkür ausgesetzt. Dennoch war die Zahl der SpDi 1990 bereits auf 50 und im Jahr 2000 auf über 80 mit über 260 geförderten Vollzeitkräften gestiegen.

Als im Jahr 2003 die Krankenkassen, die sich zwischenzeitlich an der Finanzierung beteiligt hatten - mit einem landesweiten Zuschuss von zuletzt 3,2 Mio. € - aus dem gemeinsamen Finanzierungsboot ausgestiegen waren, waren die Bezirke alleine für die SpDi finanziell verantwortlich. Auch wenn das Finanzierungsloch, das die Kassen hinterlassen haben, zunächst nicht vollständig von allen Bezirken gedeckt werden konnte, haben wir mittlerweile über 100 Sozialpsychiatrische Dienste mit über 460 geförderten Vollzeitkräften. Der bayerische Sonderweg hat also zu einem flächendeckenden und damit gemeindenahen Netz von ambulanter Betreuung und Begleitung vor allem von chronisch psychisch kranken Menschen geführt. Die SpDi sind Standardeinrichtungen im ambulanten psychiatrischen Angebot geworden, die von niemandem mehr in Frage gestellt werden.

Eine weitere Besonderheit in Folge des ersten bayerischen Psychiatrieplans ist die Gründung des Bildungswerkes Irsee durch die Bezirke. Ausgehend davon, dass eine an modernen Psychiatrie- und Psychotherapie-Erkenntnissen orientierte Fortbildung des Personals einen Schwerpunkt für die Verbesserung der Versorgung psychiatrischer Patienten darstellt, errichteten die Bezirke eine zentrale Fortbildungsstätte mit –im Jahre 1980- 36 Plätzen in Irsee im Bezirk Schwaben. Zu Beginn diente das Bildungswerk vorwiegend der Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals. Seit dem hat das Bildungswerk sein Angebot fortwährend weiterentwickelt und bietet Angehörigen der Verwaltungen, Krankenhäuser und ambulanten Diensten aller bayerischen Bezirke vielfältige Seminare, Workshops und Kurse der beruflichen Bildung an. Die Fort- und Weiterbildungsprogramme richten sich auch an die komplementären Dienste der Psychiatrie, an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, an Altenhilfe- und Rehabilitationseinrichtungen sowie an somatische Krankenhäuser und Sozialstationen.

Einen weiteren bayerischen Sonderweg sind wir mit dem Ausbau der Psychiatrischen Institutsambulanzen gegangen. Die Expertenkommission von 1975 forderte, dass gemessen am Aufwand, mit dem die Krankenhausversorgung vorangetrieben wurde, der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote nicht den Erfordernissen angepasst worden sei. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werde den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken nicht gerecht. Es hatte sich nämlich gezeigt, dass derjenige Teil psychisch Kranker, welcher der Vorsorge, insbesondere aber intensiver Nachsorge bedarf, zwischen den Maschen des bestehenden Netzes ambulanter Dienste leicht hindurchfällt. Es wurde daher als eine Fehlentwicklung der Versorgung bezeichnet, dass diese ambulanten Aufgaben, die das Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Nervenärzte sinnvoll ergänzen, noch nicht von den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen wahr genommen wurden. Als Besonderheit der psychiatrischen Ambulanz wurde damals schon gefordert, dass hier in besonderer Weise multiprofessionelle Komplexleistungen angeboten werden können.

1976 wurde dann mit einer Ergänzung der Reichsversicherungsordnung den psychiatrischen Fachkrankenhäusern grundsätzlich der Aufbau von Ambulanzen ermöglicht. Allerdings war damit noch keine Finanzierung geregelt und die Krankenhausträger bauten anfangs nur sehr zögerlich Ambulanzen auf.

Die erste PIA in Bayern wurde in Kaufbeuren 1981 eröffnet und der weitere Aufbau von PIA's in den 80iger Jahren in Bayern zügig vorangetrieben.

Heute gibt es 90 Psychiatrische Institutsambulanzen in Bayern, davon 32 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den PIA werden fast zwei Drittel der Patienten unserer Kliniken versorgt, nämlich etwa 200.000 Menschen. Dies ist nicht zuletzt der Rahmenvereinbarung zu verdanken, die zunächst 1996 zwischen dem damaligen Verband der Bayerischen Bezirke und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern ausgehandelt worden war. Diese Rahmenvereinbarung setzte den Beginn für die Entwicklung eines ganz besonderen Vergütungs- und Leistungssystems, das mittlerweile in einigen anderen Bundesländern als Vorbild übernommen worden ist. So ermöglicht das berufsgruppenbezogene Einzelleistungsvergütungssystem eine auf die individuellen Bedarfe des Patienten ausgerichtete Behandlung. Gleichzeitig werden die Leistungen der PIA in Bayern dank eines ausgeklügelten Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitsverfahrens und einer umfangreichen, EDV-gestützten, ambulanten Basisdokumentation so transparent und wirtschaftlich wie nirgendwo sonst erbracht. So liegen die durchschnittlichen Fallkosten der PIA in Bayern deutlich unter den durchschnittlichen Pauschalpreisen in anderen Bundesländern, obwohl die Leistungen nicht gedeckelt sind. Dies spricht dafür, dass wir in Bayern mit der Rahmenvereinbarung eine Struktur etabliert haben, die keine falschen Anreize im Sinne eines Hamsterradeffektes setzt und dennoch bedarfsgerechte Behandlung ermöglicht.

Der Bayerische Sonderweg wurde auf der Ebene der Staatsregierung fortgeführt durch die Erarbeitung des zweiten Psychiatrieplanes 1990. Während der erste Psychiatrieplan 1980 noch die allgemeine Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Beteiligten anmahnte, jedoch keine weiterführenden Aussagen zu deren Steuerung enthielt, führte der zweite Psychiatrieplan zehn Jahre später neben den bereits 1980 genannten psychosozialen Arbeitsgemeinschaften die Gründung von Planungs- und Koordinierungsausschüssen in jedem Regierungsbezirk ein.

Jedoch wird erst in der dritten Fortschreibung des Landesplanes den sogenannten „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ von 2007 der Dialog als Prinzip erwähnt und die Selbsthilfe von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen erstmals mit einem eigenen Kapitel bedacht. Hier waren die Bezirke durch Förderung des Dialogs, also des Austauschs mit und der Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen zuvor beispielgebend. Seit 2002 fördern die Bezirke eine hauptamtliche Geschäftsstelle beim Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker, bereits zuvor wurden die Landestreffen des Landesverbandes bezuschusst. Seit 2013 fördern die Bezirke ebenfalls eine hauptamtliche Geschäftsstelle beim Bayerischen Landesverband der Psychiatrieerfahrenen. Inzwischen sind sowohl Angehörige wie auch Betroffene aus allen institutionalisierten Prozessen der Meinungsbildung nicht mehr hinwegzudenken und so ist es nur konsequent, dass sie sich heute auch an der Podiumsdiskussion einbringen werden, getreu dem Motto: nicht ohne uns über uns.

Wenn wir die Kernforderungen der Psychiatrie-Enquete nun nach und nach durchgehen, so stellen wir fest, dass insbesondere die bayerischen Bezirke erheblich zu einer modernen Versorgungsstruktur in Bayern beigetragen haben: nehmen wir zunächst die Forderung nach Enthospitalisierung und Erfüllung des Paradigmas ambulant vor stationär: zwischen 1978 und 1988 bauten die Bezirke immerhin 6.000 Psychiatrie-Betten ab. Dennoch war 1990 betreutes Wohnen als ambulante oder teilstationäre Form der Eingliederungshilfe so gut wie nicht existent. Zehn Jahre

später, im Jahr 2000, gab es in Bayern immerhin ein Angebot von 400 Plätzen, 2015 sind von den Bezirken über 10.000 Plätze im betreuten Wohnen finanziert worden.

Kommen wir zur Forderung der Dezentralisierung und Gemeindenähe: während 1980 24 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie für elf Millionen Menschen in Bayern zur Verfügung gestanden haben, waren es 1990 schon 30 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen mit etwa 9.400 Betten. 15 Jahre später, im Jahr 2005, sind es schon 46 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen mit etwa 1.000 Betten weniger. Allerdings ist in diesem Jahr auch eine Trendwende zu verzeichnen. Auf Grund der eigenständigen Überplanung des Fachbereichs Psychosomatik wurde ein Teil der Psychiatrie-Betten 2005 in Psychosomatik-Betten umgewidmet. Seit dem ist bei den Bettenzahlen ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Wenn ich also die Zahlen von vor 2005 mit dem heutigen Stand vergleichen möchte, muss ich die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik zusammen betrachten. Dies führt allerdings bei allen Vergleichsbetrachtungen zu einem schrägen Ergebnis, da durch den Ausbau des psychosomatischen Angebots neue Patientenkreise erschlossen wurden.

Mit 59 Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen haben wir in Bayern mittlerweile ein flächendeckendes gemeindenahes Angebot. Heute betreiben die Gesundheitseinrichtungen der Bezirke an über 44 Standorten Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen und Tageskliniken, jeweils mit angeschlossener Ambulanz mit über 6.000 Betten und Plätzen der Fachrichtung Psychiatrie und Psychosomatik. Das sind 80 % der Betten, die in Bayern von Plankrankenhäusern und Uni-Kliniken in dieser Fachrichtung zur Verfügung gestellt werden. Damit stellen wir ein gestuftes bedarfsgerechtes System zur Verfügung, das mit modernen Versorgungsansätzen, wie beispielsweise Hometreatment, Übergangsmanagement oder gezielten Kriseninterventionen, störungsspezifisch das Angebot in der Intensität zur Verfügung stellt, in der es vom jeweiligen Patienten auch benötigt wird.

Es bleibt nur zu hoffen, dass der Bundesgesetzgeber bei der Entwicklung des neuen Finanzierungssystems der Krankenhauspsychiatrie uns weiterhin ermöglicht, auf diesem Weg zügig voran zu schreiten. Wir brauchen eine Finanzierung, die uns auch weiterhin unsere Vollversorgungspflicht bedarfsgerecht und auch in kleineren Einheiten möglichst gemeindenah erfüllen lässt.

Die Forderung der Enquete nach der Schaffung bzw. dem Ausbau der ambulanten Beratung und Begleitung habe ich mit dem beispiellosen Ausbau der SpDi in Bayern schon erläutert. Bei der Gleichstellung der psychisch Kranken mit somatisch Kranken kommen wir nur sehr langsam voran. Auch wenn die Eingliederungshilfe auch nach Erlass des Bundesteilhabegesetzes nicht mit einer Versicherungsleistung durch die Krankenkassen zu vergleichen ist, so bemühen wir uns, mit den umfangreichen Angeboten, beispielsweise der Teilhabe am Arbeitsleben, ein Mehr an Teilhabe und damit einen Schritt in Richtung Gleichstellung zu ermöglichen. Deshalb haben die Bezirke die berufliche Wiedereingliederung der Menschen mit psychischen Erkrankungen ebenfalls in den letzten 30 Jahren erheblich ausgebaut.

Lassen Sie mich beispielhaft die Plätze in Werkstätten für Menschen mit einer psychischen Behinderung nennen: während es 1988 bereits 1.480 Plätze waren, die die Bezirke gefördert haben, so stehen im Jahr 2015 über 3.200 Plätze zur Verfügung.

Sehr geehrte Damen und Herren, mein Beitrag ist zwar mit „Heute“ überschrieben, dennoch habe ich zunächst viel über das Gestern gesprochen. Ich meine aber, dass wir das Gestern gut kennen müssen, um das Heute zu verstehen und unsere Schlussfolgerungen für Morgen zu ziehen.

Der bayerische Sonderweg hat zu einem guten Ergebnis geführt, wir sind heute gut aufgestellt und haben die Hausaufgaben der Enquete sehr ernst genommen. Erledigt haben wir sie jedoch noch nicht. Entstigmatisierung ist ebenso wie Inklusion eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Politik

kann –und muss- mit gutem Beispiel vorangehen und darf nicht selbst Menschen mit psychischen Erkrankungen diskriminieren oder die Augen vor ihren Problemen verschließen. Wir müssen sehr ernst nehmen, was Menschen, die Hilfe suchen oder denen Hilfe gegebenfalls gegen ihren Willen Hilfe an- gediehen wird, wir müssen ernst nehmen, was diese Menschen selbst wollen. Wir müssen für Rahmenbedingungen sorgen, die dabei helfen, dass allen Arten psychischer Erkrankungen gleichermaßen Verständnis und Unterstützung entgegen kommt. Es darf keine Trennung in gute – burn out zB- und böse psy- chische Erkrankungen geben. Wir müssen dafür sorgen, dass unsere Kliniken auf dem Weg weiter gehen können, die Behandlungsmöglichkeiten auf den individuellen Bedarf des jeweiligen Patienten zu zuschneiden und wir Angebote für alle Patienten vorhalten. Wir müssen dabei helfen, Schnittstellen zwischen den verschiedenen Sozialleistungs- systemen zu überwinden. Da bleibt noch einiges für Morgen zu tun. Dass noch nicht alles perfekt ist, werden uns auch gleich die Erfahrungen von Herrn Schlösser zeigen.

Das bayerische PsychKHG kann da zwar nur ein Schritt von vielen sein, gleichwohl einer, mit dem wir in Bayern das Morgen mitgestalten können. Die Benennung der Kernforderungen zu diesem Gesetz hebe ich mir – um Wiederholungen zu vermeiden- für die Podiumsdiskussion auf, auf die ich schon sehr gespannt bin. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.