

Manuskript Rede Prof. Dr. Peter Brieger, Sprecher der Ärztlichen Bayerischen Direktoren am 8.7.16 bei der Vollversammlung des Bayerischen Bezirkstags - Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie Utopien erwarten, werde ich Sie enttäuschen. Vielmehr präsentiere ich Ihnen acht Thesen, wie die Psychiatrie der Zukunft aussehen sollte.

Erste These :

Wir wissen eigentlich, wie gute Versorgung aussieht.

Wir haben hochwertige S3-Leitlinien, die uns aufzeigen, wie gute Diagnostik, Behandlung und Versorgung aussieht – z.B. für Depression, Schizophrenie, Bipolare Störungen, Demenz oder Suchterkrankungen. Die Leitlinien stellen das anwendbar und nachvollziehbar dar. Sie sind zum Teil dialogisch mit Betroffenen und Angehörigen erarbeitet worden. Dennoch: Die Zersplitterung unseres Sozialleistungssystems, aber auch der Lobbyismus der Akteure im Gesundheitssystem und komplizierte sozialrechtliche Voraussetzungen machen es oft schwierig, ihre Erkenntnisse umzusetzen. Ein Beispiel ist für mich das so genannte Supported Employment, eine Form der beruflichen Rehabilitation, bei der Menschen – im Sinne von first place, then train – direkt in Arbeit gebracht werden und dann vom Job Coach begleitet werden. Arbeit macht nämlich nicht krank, sondern ist gerade für Menschen mit psychischen Problemen und Krisen ein wichtiger Faktor zu gesunden. Es gibt keinen Zweifel, dass Supported Employment besser hilft als klassische berufliche Rehabilitation. Mit der bundesdeutschen Arbeits-, Renten- und Sozialgesetzgebung ist Supported Employment aber nicht recht realisierbar.

In der Wirklichkeit können wir die Konzepte einer guten Versorgung – das geht auch über die Leitlinien hinaus - aber oft nicht umsetzen, weil –

und das ist meine **zweite Hypothese** – die Zersplitterung der Versorgungssysteme ein großes Hemmnis ist. Die unsägliche Konkurrenz zwischen Psychiatrie und Psychosomatik ist so ein Beispiel, aber auch die Parallelstrukturen zwischen ambulanten, stationären, teilstationären und außerklinischen Versorgungsbereichen – insbesondere auch zwischen Kliniken und Vertragsärzten.

Kennen Sie Jemanden in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis, der krank wurde? Hat er oder sie schnell die passende Hilfe erhalten? Es ist heutzutage irritierend, wie kompliziert unser Medizinsystem ist – nicht nur in der Psychiatrie. Der neu erkrankte Mensch ist überfordert, er braucht hier klare Strukturen, Lotsen, verständliche Information, die die Zersplitterung überwindet. Wir haben in einer eigenen Untersuchung zu Suiziden im Allgäu gesehen, dass 50% der Menschen, die sich das Leben nahmen, vorher ihre Not signalisiert hatten. Ich glaube, das Hilfesystem ist auch da überfordert – ein klarer Grund für die Notwendigkeit besserer Krisenversorgung.

Der Sicherstellungsauftrag wird teilweise als Panzer aufgebaut und es wird verkündet, dass Regionen überversorgt sind, während die Bürger trotz Terminservicestellen keine zeitnahen ambulanten Termine erhalten. Und ambulante Außenstellen gemäß § 118 Abs 4 SGB V werden abgelehnt. Dass dieser gefühlte Kollaps der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu einem Anwachsen stationärer Hilfen führt, ist nicht unserem Sinn.

Die Zukunft der Psychiatrie sollte dahingehend organisiert sein, dass der Bedarf des Menschen die Versorgungsform bestimmt und nicht die Institutionen, die gerade verfügbar sind. Das Geld darf nicht „am Bett kleben“. Außerdem muss sichergestellt sein, dass ausreichende Angebote vorhanden sind.

Mit der **dritten These** warne ich Sie vor Simplifizieren und Rattenfängern. Die Wirklichkeit ist komplex und all die, die mir einfachste Modell zur Versorgung zu verkaufen suchen, denen misstraue ich.

Wir haben Traditionen, wir haben Bewährtes, wir haben unterschiedliche Regionen und unterschiedliche Lebensbedingungen in Bayern. Wir müssen beständig darum ringen, das Bestmögliche daraus zu machen. So ein Beispiel, das mich gerade beschäftigt, ist die Frage, wie viel Spezialisierung und wie viel Regionalisierung brauchen wir in den Kliniken: Ich glaube, dass die Qualität schlechter wird, wenn wir alles nur noch regionalisiert in Kleinstkliniken behandeln; umgekehrt darf es aber auch nicht unnahbare, riesige Strukturen geben, die vor lauter Spezialisierung für die Menschen nicht mehr erreichbar sind.

Im Kontext solcher Diskussionen ist die dialogische Grundhaltung ein wichtiges Thema: Die Psychiatrie der Zukunft wird im Austausch mit Angehörigen und Betroffenen entstehen, die auch kritische Begleiter und Gestalter sind. Dass EX-IN-Mitarbeiter, Betroffene, die in den Kliniken, Beratungsstellen und andernorts mitarbeiten, eine neue Perspektive vermitteln, ist eine wichtige Erfahrung.

In der Zukunft wird Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik also weiterhin komplex und vielfältig sein – es gibt keinen simplen Weg. Dialog und gemeindepsychiatrische Orientierung sollten aber selbstverständlich sein.

Vierte These: Zwang und Gewalt kommen in die Psychiatrie vor, wie aber auch in anderen Bereichen der Medizin und der Pflege. Das ist auch Folge von Krankheitsbildern und Krisenzuständen.

Gehen Sie mal in eine Notaufnahme, in andere Bereiche somatischer Krankenhäuser oder Heime. Auch dort werden Sie mit Gewalt und Zwang konfrontiert sein.

Leider wird aber oft Psychiatrie in der öffentlichen Wahrnehmung verkürzt und übermäßig mit dem Thema Zwang und Gewalt identifiziert. Wir müssen deswegen daran arbeiten, Zwangsmaßnahmen auf ein Mindestmaß zu beschränken, müssen aber ehrlich dazu stehen, dass Zwangsmaßnahmen aus medizinischer Notwendigkeit entstehen können. Ich betone, dass Psychiatrie und Psychotherapie therapeutische Fächer sind, die keine ordnungsrechtliche Funktion haben, sondern den Menschen helfen.

Meine sehr geehrte Damen und Herren,

mich irritierte bei der Präsentation der Eckpunkte des PsychKHGs im Gesundheitsausschuss am Dienstag die häufige Verweisung auf das MRVG: Das sind zwei verschiedene Bereiche! Ein Krankenhilfegesetz an der Systematik eines Gesetzes zur Sicherung und Besserung von psychisch kranken Straftätern zu orientieren, stößt genau in dieses Horn und weist der Psychiatrie und Psychotherapie - mit oder ohne Bedacht - fälschlich ordnungsrechtliche Funktionen zu, die einem medizinischen Fach nicht zustehen.

Die Psychiatrie der Zukunft befindet sich also beständig und weiterhin im Konflikt zwischen Freiheit, Autonomie und Fürsorge. Von ordnungsrechtlichen Aufgaben sollte sie sich weitgehend lösen, stattdessen soll sie therapeutische Angebote vorhalten.

Fünfte These:

Das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen findet überwiegend außerhalb der Kliniken und stationärer Einrichtungen statt. Entsprechende wohnortnahe ambulante Angebote der Gemeindepsychiatrie sind zentral für die gemeindepsychiatrische Versorgung.

Da sind wir vieler Orts - auch mit Hilfe der Wohlfahrtsverbände und entsprechender Hilfsvereine - ganz gut unterwegs.

Darüber hinaus sollten wir eine flächendeckende Krisenversorgung „ausrollen“, so dass bei psychosozialen Krisen die Polizei gar nicht befasst wird. Gerade hier habe ich am Dienstag im Gesundheitsausschuss Hoffnungsfrohes gehört und sehe den Präsidenten des Bezirketags als Vorreiter in dieser Sache.

Die Psychiatrie der Zukunft wird also noch mehr auf Gemeindepsychiatrie und Krisenversorgung hin ausgerichtet sein.

Sechste These:

Unsere Kliniken werden sich zu sektorübergreifenden Kompetenz- und Behandlungszentren transformieren. Krankenhäuser als zentrale Orte der stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung sind wichtig und unverzichtbar. Sie bündeln Kompetenz, sie sind auch in der Meinungsführerschaft wichtig wie auch in der Fort-, Aus- und Weiterbildung. Sie sind rund um die Uhr besetzt, übernehmen Notfallfunktionen und sind in Regionalen Steuerungsverbänden eng mit ambulanten und stationären Einrichtungen im SGB V, IX, XI und SBG XII-Bereich vernetzt. Sie sind transparent, freundlich und versuchen Stigma zu reduzieren. Damit überwinden sie aber mit flexiblen Angeboten – wie beispielsweise auch Home-Treatment und aufsuchende PIA Arbeit - die alte Struktur der psychiatrischen Anstalt und haben das Konzept eines auf den Menschen orientierten Dienstleisters vor Augen.

Und sie pflegen und entwickeln **siebtens** Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aus eigener Erfahrung aber auch im internationalen Vergleich gibt es eine einfache Wahrheit: Die Qualität der psychiatrischen Versorgung bemisst sich an der Güte der Personalausstattung. Schlechte Personalschlüssel bedeuten schlechte Psychiatrie. Wenn ich mich so in den Runden meiner Besprechungen und Konferenzen umschaue und mir vorstelle, wie die Welt

in 10 oder 15 Jahren aussieht, dann fällt mir immer wieder auf, dass dann die Mehrzahl der im Raum Befindlichen wahrscheinlich in Pension oder Rente sind. Es muss uns gelingen, mit knapper werdenden Personalressourcen weiterhin eine gute Arbeit zu machen und das Personal weiterzuentwickeln, zu binden, wir müssen die Zufriedenheit und die Kompetenz stärken. Wir werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Kulturen und Sprachen integrieren. Angemessene Bezahlung ist eine Notwendigkeit, mindestens genauso wichtig sind aus meiner Erfahrung aber noch andere Faktoren.

Die Psychiatrie der Zukunft wird also bunter und mitarbeiterorientiert sein und eine angemessene Mitarbeiterausstattung haben.

Meine sehr geehrte Damen und Herren, als **letzte These** komme ich auf Etwas zu sprechen, was SIE ganz besonders betrifft: Wir brauchen die Politik!

Ich bin dem Freistaat und den Bezirken dankbar, dass sie nie der Versuchung erlegen sind, ihre psychiatrischen Kliniken „zu Silber zu machen“ und sie zu privatisieren. Wir sehen in anderen Regionen und vor allem im internationalen Vergleich, was passiert, wenn psychiatrische Versorgungssysteme dem vermeintlichen freien Markt überlassen werden. Schauen Sie sich einmal das Versorgungssystem in den USA an. Dort ist heute nach Jahren der Liberalisierung und Marktfreigabe alles zerstört, was auch nur an Gemeindepsychiatrie erinnert. Zugleich ist das Gesundheitssystem eines der teuersten auf der Welt. Nur: der chronisch psychisch kranke Mensch, der arm und bedürftig ist, wird dort manches Mal leichter in den Strafvollzug kommen als ins psychiatrische Hilfesystem. Versorgungsgerechtigkeit existiert dann nicht mehr.

Es war eine Zeitlang schick, von Deregulierung und dem Rückzug des Staates zu sprechen. In der Psychiatrie halte ich das für falsch. Die McDonaldisierung medizinischer Prozesse und

das Absahnen von Profiten sind gut für die Rendite von Aktionären, aber nicht für die betroffenen Bürger.

Wir brauchen staatliche Steuerung und kontrollierte Mindeststandards – z.B. auch bei der Personalausstattung. Dafür müssen wir auch entsprechende Zahlen haben, die aus einer Psychiatrieberichterstattung herrühren. Die Kommunen, die Bezirke und der Freistaat müssen ihre Verantwortung fortführen, damit die gerechte Versorgung weiterhin gewährleistet ist, denn die Mehrzahl unserer Patienten, um die wir uns kümmern, ist benachteiligt, sie ist ärmer, auch körperlich kränker, lebt kürzer, ist öfter in schlechter Arbeit oder arbeitslos und sozial isoliert als der Durchschnittsbürger des Freistaates.

Die Psychiatrie der Zukunft sollte sich also weiterhin der Aufgabe der Daseinsvorsorge und Versorgungsgerechtigkeit verpflichtet sehen.

Sehr geehrter Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren,

natürlich habe ich Sorgen, die ich hier nicht ausgebreitet habe: Wir sehen uns gerade mit einem recht unwägbareren neuen Vergütungssystem konfrontiert, dabei benötigen wir natürlich eine auskömmliche Finanzierung, um gute Psychiatrie und Psychotherapie zu machen. Ich habe nicht über die Versorgung von Menschen auf der Flucht und Versorgungsprobleme im Bereich KJP.

Dennoch: Meine Vision ist, dass wir triadisch eine Psychiatrie entwickeln, die qualitativ gut arbeitet, die wohnortnah ist, sektorenübergreifend arbeitet, die die Menschen im Mittelpunkt sieht, die Privatsphäre für die Nutzer gewährleistet und die mit wenig Gewalt, Zwang und Stigma belastet ist. Auch muss sie sich in ihren Organisationsformen den Bedarfen der Menschen fügen und nicht die Menschen den Institutionen.

Ich weiß, dass viele der Menschen, die hier im Raum versammelt sind, an so einem System maßgeblich mitarbeiten. Dafür danke ich Ihnen und freue mich auf den weiteren Diskurs in den nächsten Jahren.

Ich freue mich auf die Psychiatrie der Zukunft.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!