

**VERBAND DER BAYER. BEZIRKE**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

Az.: 000/7-2-4-2

Postfach 22 15 22

80505 München

23. Mai 2006

St

I.

Stellungnahme des Verbandes der bayerischen Bezirke zum "GRÜNBUCH: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union"

Der Verband der bayerischen Bezirke ist ein kommunaler Spitzenverband. Die in diesem Verband zusammengeschlossenen Bezirke sind verpflichtet, die erforderlichen stationären und teilstationären Einrichtungen der Psychiatrie, Neurologie und für Suchtkranke zu betreiben. Daneben sind sie als Träger der überörtlichen Sozialhilfe zuständig, die auch für die Eingliederung von Menschen mit seelischer Behinderung notwendigen Hilfen zur Verfügung zu stellen.

1. Einleitung

Die Ausführungen und die Zielsetzungen dieses Grünbuches werden grundsätzlich von uns befürwortet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Bedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Prävention, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation aufgrund unterschiedlichen Entwicklungsstandes – siehe z. B. Psychiatrie-Enquête 1975 und deren Umsetzung in Deutschland oder Bayerischer Psychiatrieplan – nicht auf alle Länder in gleicher Weise übertragbar sind und die verschiedenen Länder in verschiedenen Stadien einer Psychiatrie-Reform sich befinden.

Um dieses GRÜNBUCH richtig einordnen zu können, müssen einige Anmerkungen vorausgeschickt werden. Zum einen soll dieses GRÜNBUCH eine wichtige Grundlage für eine zukünftige europäische Gesundheitspolitik werden, die, so zum Zweiten, stark auf die Förderung der psychischen Gesundheit, und nicht auf Krankenbehandlung, abzielt. Unabhängig von einigen in den Gesamtkontext schwer einzuordnenden Aspekten, wie z.B. das Thema Deinstitutionalisierung und deren fraglicher Stellenwert für die Verbesserung der psychischen Gesundheit, werden insbesondere Aspekte der Verhütung kausaler Krankheitsfaktoren sowie die Notwendigkeit der Frühdiagnostik

und -behandlung unterstrichen. Des Weiteren arbeitet das GRÜNBUCH mit einem psychosozialen Krankheitsmodell, wobei sozialen Faktoren wie Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie psychologischen wie psychosozialen Aspekten einseitig ätiopathogenetische Bedeutung zugewiesen wird. Genetisch-biologische Faktoren werden nicht berücksichtigt. Ein heute vielfach verwendetes bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, welches auch Interventionsstrategien im biologischen und im biopsychologischen Bereich ermöglichen würde, kommt nicht zur Anwendung. Man hat den Eindruck, und dies sei kritisch bereits vorangeschoben, dass ein wesentlicher Aspekt unseres heutigen ätiopathogenetischen Krankheitsverständnisses bei psychischen Störungen, nämlich die Beteiligung biologisch-somatischer Aspekte ursächlicher oder modifizierender Art ausgeblendet wird.

Die Schwerpunktsetzung im Bereich der affektiven Störungen, hier der depressiven Erkrankungen, der Drogen- und Alkoholabhängigkeit, also der Suchtkrankheiten, und des suizidalen Verhaltens entspricht heutigen epidemiologischen und versorgungspsychiatrischen Überlegungen, welche der depressiven Erkrankung einen hohen volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Stellenwert zuweisen, ähnlich dem süchtigen und dem suizidalen Verhalten.

Damit werden aus Sicht der europäischen Kommission die Themen Depression, Suchtkrankheiten, Suizidalität zentrale Themen zukünftiger primärpräventiv orientierter Gesundheitspolitik in der EU.

Vor diesem Hintergrund ist die nur kursorische Behandlung therapeutischer Aspekte verständlich. Bedenken muss man an dieser Stelle sicher auch den sehr unterschiedlichen Entwicklungsstand der stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in den einzelnen EU-Ländern. Geht man davon aus, dass dieser Standard unterschiedlich ist und in manchen Ländern die sog. psychiatrischen Großkrankenhäuser noch die Eckpfeiler psychiatrischer Versorgung darstellen, ambulante und komplementäre Versorgungsstrukturen unzureichend entwickelt sind, ist das Kapitel zum Thema „Paradigmenwechsel“ mit dem Unterpunkt „Deinstitutionalisierung“ verständlich.

In Deutschland und auch in anderen westeuropäischen Ländern ist im Rahmen von Psychiatrie-Reformen – zu verweisen ist auf die Psychiatrie-Reform in Folge der Psy-

chiarie-Enquête 1975 in Deutschland, die bis jetzt in einer zweiten Welle anhält – die stationär-klinische Behandlung deutlich zugunsten der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen zurückgegangen.

Nach Angaben der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrage der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerien und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsminister-Konferenz) in der „Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen in der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren“ (unveröffentlichtes Manuskript BMGS, 76. GMK in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedet) verfügen wir heute in Deutschland über 202 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie sowie über 220 Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern. Die Bettenzahl der Fachkrankenhäuser beträgt 29.077, die der Abteilungen 17.808, wobei jeweils nicht ganz 4.000 Tagesklinikplätze hinzukommen. Das heißt, dass es heute in Deutschland im Jahre 2000 (Versorgungssituation Erwachsener) 53.843 Betten und 8.430 Tagesklinikplätze in der Psychiatrie insgesamt gibt; dies bedeutet eine mehr als 50-prozentige Reduktion der psychiatrischen Bettenzahlen in den letzten 25 Jahren nach der sog. Psychiatrie-Enquête des Bundestages 1975. In gleicher Weise hat es eine deutliche Erhöhung der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie bzw. der alten Nervenheilkunde gegeben. Derzeit verfügen wir in Deutschland (Stand Jahr 2000) über 4.748 niedergelassene Fachärzte der genannten Gruppen, was 0,06 pro 100 000 Einwohner bedeutet. Hinzu kommen 4.104 (0,06 pro 100 000 Einwohner) ärztliche Psychotherapeuten (Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie bzw. Psychoanalyse) sowie 9.813 (0,12 pro 100 000 Einwohner) niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten.

Die Grundprinzipien der Psychiatrie-Enquête „Gemeindenähe der Versorgung psychisch kranker Menschen“ sowie „Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker“ sind in Deutschland, bei aller Berücksichtigung der hierzulande noch notwendigen Entwicklungsschritte, im Vergleich zu anderen europäischen und insbesondere zu osteuropäischen Ländern deutlich und erfolgreich umgesetzt.

Dabei muss auch gesehen werden, dass sich in Deutschland wie in vielen anderen Ländern das Profil der psychiatrisch-psychotherapeutisch/psychosomatisch zu versorgenden Patienten deutlich geändert hat. Unseres heutiges Klientel ist nicht mehr die

einer „Anstaltspsychiatrie“ mit einem Überwiegen von pflege- bzw. in die Gemeinden reintegrierungsbedürftigen chronisch psychotisch kranken Menschen aus der Gruppe der schizophrenen Erkrankungen, sondern umfasst heute in erster Linie Patienten aus dem Bereich der Suchterkrankungen, der affektiven sprich der depressiven Erkrankungen und der Erkrankungen aus dem Feld der neurotischen Störungen, der Anpassungs- und Belastungs- einschließlich der Persönlichkeitsstörungen. Damit hat sich auch das Behandlungsprofil innerhalb der klassischen Psychiatrie deutlich in Richtung psychiatrisch-psychotherapeutisch/-psychosomatischer Behandlungskonzepte verschoben. Die heutigen Fachkrankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügen über einen hohen Anteil an primär psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlungsangeboten, wie anhand von Untersuchungen aus dem bayerischen Bereich gut belegbar ist. Langfristig wird das derzeit 2-strangige Versorgungssystem in Deutschland aus „Psychiatrie und Psychotherapie“/sowie „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ wieder in einen gemeinsamen Strang Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik zurückzuführen sein.

Vor dem Hintergrund dieser deutschen Situation ist der im GRÜNBUCH angeführte „Paradigmenwechsel“ in Richtung einer Ambulantisierung der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung, differenziert auf die Versorgungssituation in den einzelnen Ländern der EU zu betrachten. Ein Kapitel „Paradigmenwechsel“, wie er im GRÜNBUCH in der genannten Weise angeführt ist, kann vor dem Hintergrund der deutschen Situation nicht akzeptiert werden und bedarf der differenziellen Betrachtung.

2. Stellungnahme zu den Fragen der Kommission

Nachfolgend wird auf die im GRÜNBUCH auf Seite 15 aufgelisteten Fragen eingegangen.

Frage (1)

Wie wichtig ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, wie sie in Abschnitt 1 dargestellt sind? (Zu Abschnitt 1 siehe GRÜNBUCH)

Als Erstes ist festzuhalten, dass das frühzeitige Erkennen und Verhindern psychischer Erkrankungen und Störungen sowie die frühzeitige Behandlung (frühe Sekundärprä-

vention) psychische Störungen einen Wert an für sich darstellt und im Sinne der Gesundheitsfürsorge der Politik, für die von ihr zu vertretenden Bürgerinnen und Bürger eine zentrale Aufgabe zur Sicherung von Gesundheit, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit bedeutet. Sekundär- und Tertiärprävention sind in Deutschland weit entwickelt, wissenschaftlich gut in ihrer Wirksamkeit belegt und sollten weiter gefördert werden.

Die Frage der Primärprävention ist bekannterweise eine Schwierige, wobei neben den im GRÜNBUCH aufgeführten psychosozialen Faktoren eine hohe Bedeutung auch dem biologisch-genetischen Aspekt sowie insbesondere der Entstigmatisierung psychischer Störungen und psychisch kranker Menschen bzw. psychischer Erkrankung überhaupt zukommt. Geht man davon aus, dass sich Primärprävention psychischer Störungen im Bereich der Entwicklung und Biografie von Menschen abspielt, also Erziehung, Schule, religiöses Umfeld, insgesamt Umweltbedingungen eine bedeutsame Rolle spielen, geht man weiterhin davon aus, dass Faktoren von Entwicklung und Auslösung sowie von Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Erwachsenenalter im sozialen Umfeld, in der Arbeitssituation, in Wohn- und Lebenssituation, in Beziehungssituation angesiedelt sind, dann verweist dies auf die Komplexität des Ansatzes der EU-Kommission. Grundsätzlich ist es lobenswert und dringend erforderlich, in diesem Bereich tätig zu werden.

Im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention – Versorgungsbereich – gibt es dabei Defizite und Fehlsteuerung z.B. im Sinne eines Ungleichgewichtes von Psychotherapie und biologischen Behandlungsmaßnahmen. Dies wirkt sich insbesondere in der ambulanten Behandlung schwer psychisch Kranker aufgrund der finanziellen Situation psychiatrisch-nervenärztlicher Praxen nachteilig aus.

Die derzeitige Zweistrangigkeit von Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik/Psychotherapie stellt eine Fehlentwicklung dar, die zugunsten der zukünftigen Patientenversorgung wieder auf ein Fach Psychiatrie – wie übrigens international üblich – zurückgeführt werden muss. Ähnliches gilt für die medizinische Rehabilitation, die bei der Akuttherapie psychisch Kranker im gemeindenahen Krankenhaus bzw. Ambulanzfeld verbleiben muss und nicht in gemeindeferne Reha-Kliniken fernab der Patientenbedürfnisse verlagert bleiben darf.

Dass die EU-Kommission die affektiven sprich depressiven Störungen, süchtiges Verhalten und Suizidalität in die erste Linie gestellt haben, mag zum einen damit zusam-

menhängen, dass sich bei diesen Erkrankungsformen und Verhaltensstörungen bei einem psychosozialen Präventions- und Behandlungsansatz die gewünschten Effekte erzielen lassen, zum anderen damit zusammenhängen, dass in verschiedenen Ländern diesbezüglich bereits Programme seit Jahren laufen. Erinnert sei hier an die nationalen Suizidpräventionsprogramme der einzelnen Länder, erinnert sei an die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Drogenprävention und hingewiesen sei auch auf die ersten Erfahrungen aus dem deutschen Raum mit der Verbesserung der Depressionsbehandlung in Richtung eines besseren Früherkennens depressiver Störungen durch Psychoedukationsprogramme im medizinisch-psychosozialen Feld. Auch die Ansätze der Antistigma-Bewegung sind hier anzuführen.

Die Unterschiede auf struktureller und leistungsbezogener Ebene zwischen den Ländern sind zu unterstreichen.

Frage (2)

Würde die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit einen Mehrwert zu den bestehenden und erhobenen Maßnahmen erbringen und gibt Abschnitt 5 hierfür angemessene Prioritäten vor?

Eine EU-Strategie ist sehr wohl sinnvoll, da psychische Störungen ein generelles Problem darstellen, Nationen und Kulturen übergreifend, mit gleicher Verursachung und Häufigkeit. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit gleicher, Länder angepasster Maßnahmen in Prävention, Diagnostik und Therapie, z. B. hinsichtlich gemeinsamer Preisgestaltung für Suchtmittel zur Prävention von Suchterkrankungen. Ein weiterer Aspekt gemeinsamer EU-Aktivitäten könnte im Bereich der Leitlinienentwicklung zur Behandlung, Rehabilitation und Prävention liegen, zumal die Fachgesellschaften hier bereits eine hohe Übereinstimmung aufweisen.

Weitere Punkte könnten sein:

- 1) die Harmonisierung der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- 2) die Verhinderung der – in Deutschland leider bereits vorliegenden – Fehlentwicklung der Trennung von Psychosomatik und Psychiatrie und
- 3) die Angleichung struktureller Behandlungsstandards, d. h. letztlich die Entwicklung ähnlicher Weiterbildungs- und Versorgungsstrukturen im europäischen Raum, um auch Länder übergreifende Flexibilität zu gewährleisten.

Frage (3)

Sind die in Abschnitt 6 und 7 vorgeschlagenen Initiativen geeignet, die Koordination zwischen Mitgliedsstaaten zu unterstützen, die Integration der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche zu erleichtern, einschlägige Aktionen der Stakeholder zu fördern und eine bessere Verknüpfung zwischen Forschung und Politik im Bereich der psychischen Gesundheit zu bewirken?

Die bisherigen Aktivitäten im deutschen Raum – z. B. Nationales Suizidpräventionsprogramm, Aktivitäten des Kompetenznetz Depression insbesondere „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ und Nachfolgeaktivität, Verbesserung der stationären Depressionsbehandlung durch den „Arbeitskreis Depressionsstationen“, Vorschläge von Gesundheitszielen der Arbeitsgruppe Depression, usw. – sind aus Sicht des Verbandes der bayerischen Bezirke durchaus geeignet, weitere Verbesserungen der Frühdiagnostik und der Therapie, aber auch der Prävention im Bereich der genannten Störungen zu erzielen. **Die Gesundheitspolitik sollte unserer Sicht diese Fragestellung verstärkt aufgreifen und in den nächsten Jahren weiter verfolgen.**

Deinstitutionalisierung, wie sie im Rahmen der Psychiatriereform in Deutschland umgesetzt wurde und bis heute wird, hat letztlich zu einer Ambulantisierung von psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung, letztlich zu einer Rückführung chronisch psychisch Kranker in die jeweiligen Gemeinden und letztlich zu einer Klinikfixierung der Akutversorgung psychisch Kranker geführt. Ziel kann also nicht Deinstitutionalisierung an sich sein – dies wäre ein insgesamt schwer zu vertretendes Versorgungsziel –, **Ziel muss die Umgestaltung der jeweiligen stationären psychiatrischen Versorgung in den einzelnen Ländern in Richtung einer vermehrten Ambulantisierung sein.** Eigene Erfahrungen, z. B. mit Riga in Lettland bzw. beginnend auch in der Ukraine, Transkarpatien, zeigen, dass die Modernisierung und Entwicklung von psychiatrischer Versorgung immer den Weg aus der Klinik in die ambulante Versorgung hineinsuchen muss, suchen wird und in dieser Richtung auch umgesetzt werden wird. Eine Rückführung chronisch psychotisch kranker Menschen in Wohn- und Behandlungs- bzw. Betreuungsformen in den jeweiligen Gemeinden führt zwangsläufig zu einer Enthospitalisierung, zwangsläufig zu einer Umwandlung des zu versorgenden Patientenprofils in den Kliniken und damit natürlich auch zu einer besseren Versorgung der-

jenigen Patientengruppen, die in den früheren, vorwiegend auf chronisch psychosekranke Menschen ausgerichteten psychiatrischen Krankenhäusern zu kurz kamen, nämlich hier auch für die Menschen mit affektiven Störungen, mit neurotischen Erkrankungen, mit Anpassungs- und Belastungsstörungen, mit z. B. Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen.

So ist festzuhalten, dass die akutpsychiatrische Versorgung einerseits **gemeindenah** organisiert sein muss, andererseits **Spezialisierungen** im Sinne von Zusammenfassung besonders schwieriger bzw. spezifischer Patientengruppen – wie z. B. Depression, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, junge Psychosekranke – in dann auch gemeindeferneren Kliniken möglich sein muss. Die Orientierung am jeweiligen Hilfebedarf des Kranken – Patientenorientierung – scheint der heute richtige Weg zu sein. Um es verkürzt und plakativ zu sagen:

Akutversorgung braucht höchste fachliche Kompetenz, Integration chronisch Kranker Gemeinde- und Lebensraumnähe.

3. Abschlussbemerkung

Abschließend ist festzuhalten, dass der **Ansatz des GRÜNBUCHES von den bayrischen Bezirken voll unterstützt wird**, eingedenk der obigen kritischen Anmerkungen. Die Einrichtung einer EU-Plattform sowie einer Schnittstelle zwischen Politik und Forschung im Bereich psychische Gesundheit wird ausdrücklich befürwortet.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.