

Zukunft psychiatrischer Versorgung – Träume und Alpträume

Stefan Priebe

The Future of Mental Health Care – Dreams and Nightmares

Zusammenfassung

Anliegen: Der Beitrag soll Perspektiven für zukünftige Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung aufzeigen. **Methode:** Persönliche Betrachtung ausgehend von der Geschichte psychiatrischer Versorgung, eigenen Erfahrungen und gegenwärtigen Strömungen. **Ergebnisse und Diskussion:** In den letzten Jahrzehnten haben sich die psychiatrische Versorgung und die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Helfern in ihr erheblich verändert. Gegenwärtige Entwicklungen scheinen gekennzeichnet u.a. durch eine Ausweitung des Aufgabengebietes psychiatrischer Versorgung, eine Reinstitutionalisierung für Schwerkranke, z.B. mit einer steigenden Zahl forensischer Betten, und eine Spannung zwischen Konsumentenorientierung in einer postmodernen Gesellschaft und Dominanz der evidenzbasierten Medizin. Psychiatrische Versorgung sich immer in der Balance zwischen sozialer Kontrollfunktion und therapeutischem Anspruch bewegt. Jetzt mag es jedoch zur stärkeren Spaltung zwischen diesen beiden Aufgabefeldern kommen, mit einer Reinstitutionalisierung für schwer kranke Patienten, die potenziell die Öffentlichkeit stören können, einerseits und einem zunehmenden privaten Markt unterschiedlicher Behandlungsangebote für Patienten, die solche Behandlungen aktiv aufsuchen und – direkt oder indirekt – für diese bezahlen, andererseits. Aus dieser Situation lassen sich positive wie auch negative Zukunftsbilder ableiten, die kurz beschrieben und gegeneinander gestellt werden.

Abstract

Aim: The paper aims to identify perspectives for future mental health care. **Method:** Personal reflection based on the history of mental health care, own experience and current developments. **Results and discussion:** Mental health care and the relationship between patients and professionals within it have changed significantly in the last five decades. Current developments may be seen as characterised by a) a widening remit of mental health care with an increasing clientele with non-severe mental disorders; b) re-institutionalisation for the severely mentally ill, e.g. with a rising number of forensic beds; and c) a tension between consumer orientation in a post-modern society and dominance of evidence-based medicine. Mental health care has always lived in a balance between social control and therapeutic aspiration. Yet, we now seem to witness a stronger split between the two with re-institutionalisation for patients with severe mental illnesses who might upset the public on one hand, and a growing private market of various treatment options for patients who actively seek treatment and can – directly or indirectly – pay for it on the other. This leads to the anticipation of positive as well as negatives scenarios for the future which are briefly described and contrasted.

Institutsangaben

Unit for Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine, University of London

Korrespondenzadresse

Prof. Stefan Priebe · Academic Unit · Newham Centre for Mental Health · London E13 8SP · UK

Bibliografie

Psychiat Prax 2003; 30, Supplement 1: S48 – S53 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1611-8332

Die Zukunft vorherzusagen, ist bekanntermaßen schwer. Eines der ersten Dinge, die ich als Assistenzarzt lernte, war das Prinzip, nie eine Prognose in einen Arztbrief zu schreiben. Trifft die Prognose zu – so sagte man mir – wird sie im Nachhinein für trivial gehalten, trifft sie nicht zu, macht man sich lächerlich. Es soll deshalb in diesem Beitrag auch nicht versucht werden, genau vorherzusagen, wie die psychiatrische Versorgung in der Zukunft aussehen wird. Ich möchte vielmehr unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung Einflussfaktoren und Spannungen aufzeigen, die für zukünftige Veränderungen entscheidend sein können. Daraus ableiten lassen sich Träume über eine in jeder Hinsicht bessere Versorgung und Alpträume über einen unaufhaltsamen Niedergang der Psychiatrie. Beides wird im Folgenden angesprochen werden.

Ein Rückblick in die Vergangenheit ist immer hilfreich, wenn es um die Abschätzung der Zukunft geht, und bereits Churchill behauptete: „Je weiter man zurückblickt, desto weiter kann man voraussehen.“ Nun kann die Rückschau an dieser Stelle nur ganz skizzenhaft erfolgen. Der Einführung des Begriffes Psychiatrie vor etwa 200 Jahren folgten der Aufbau psychiatrischer Anstalten als großen Institutionen und in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Etablierung der Psychiatrie als akademischer Disziplin. Der Glaube, dass ein immer weiterer Ausbau dieser Institutionen die bestmögliche Versorgung darstellen würde, beherrschte ca. bis zum 1. Weltkrieg das Denken in der psychiatrischen Versorgung, auch wenn vereinzelt immer Stimmen laut wurden, die einen gemeindenahen Versorgungsansatz forderten und Gedanken propagierten, die später als sozialpsychiatrisch bezeichnet wurden [1]. Solche Reformbemühungen verstärkten sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, waren aber – wie z. B. die offene Fürsorge – weiter auf die Anstalt als Zentrum aller Versorgungsaktivitäten fokussiert. Immerhin wurde in dieser Zeit in den meisten europäischen Ländern die freiwillige Krankenhausbehandlung eingeführt bzw. ermöglicht. Neben dem Auftrag der sozialen Kontrolle wurde die therapeutische Aufgabe psychiatrischer Einrichtungen stärker betont.

Deinstitutionalisierung

Auch wenn es bereits vor dem 2. Weltkrieg einzelne Ansätze für ambulante Versorgungseinrichtungen in der Gemeinde als Alternative zur Anstaltsversorgung gab, fand ein wirkliches Umdenken i. S. der so genannten Deinstitutionalisierung erst später statt. Seit den 50er-Jahren gab es in allen westlichen Industrienationen Reformen der psychiatrischen Versorgung mit dem Ziel, psychiatrische Patienten eher in der Gemeinde als in einer Anstalt zu behandeln. Nahezu überall kam es früher oder später zu einer starken Reduzierung der Zahl psychiatrischer Betten und häufig zum Schließen der früheren Anstalten. Begleitet wurde dies von einem Aufbau immer differenzierterer ambulanter und komplementärer Einrichtungen zur Versorgung der früher langzeithospitalisierten Patienten in der Gemeinde. Zeitpunkt, Tempo und Art der Deinstitutionalisierung wiesen erhebliche internationale Unterschiede auf [2,3]. Die genaue Geschichte der Deinstitutionalisierung, insbesondere mit einer Analyse der international in ähnlicher Weise wirksamen Einflussfaktoren, ist noch nicht geschrieben und stellt wahrscheinlich ein lohnendes Forschungsgebiet dar. Es lässt sich wohl konstatieren, dass he-

rausragende nationale Ereignisse – wie z. B. die Water-Tower-Speech von Enoch Powell in England, die Psychiatrie-Enquete in Deutschland, oder das Gesetz Nummer 180 in Italien – wahrscheinlich einen Einfluss darauf hatten, wann und wie sich die Deinstitutionalisierung jeweils vollzog, aber kaum dafür verantwortlich waren, dass es überhaupt zur Deinstitutionalisierung kam. Vermutlich gab es einen zugrunde liegenden Zeitgeist und eine generelle soziale Dynamik, denen sich letztendlich kein westliches Industrieland entziehen konnte. Dieses ist für die Zukunftsbetrachtung insofern wichtig, als wir es zurzeit mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder mit generellen Mustern zu tun haben werden, die unabhängig von nationalen Besonderheiten den grundsätzlichen Weg bestimmen werden. Die Betrachtung nationaler oder sogar lokaler Besonderheiten könnte – so interessant sie auch sein mag – ablenken von einem adäquaten Verständnis genereller gesellschaftlicher Strömungen, die für die Psychiatrie entscheidend sind. Psychiatrische Versorgung ist naturgemäß nie losgelöst von ihrem gesellschaftlichen Kontext und immer ein Ausdruck der ansonsten in der Gesellschaft dominierenden Werte und eines mehr oder minder expliziten gesellschaftlichen Auftrages.

Für und gegen die Deinstitutionalisierung wurde im Laufe der letzten 50 Jahre sehr unterschiedlich argumentiert. Sie sollte erstens den Patienten die Menschen- und Bürgerrechte in einem Leben außerhalb von Anstaltsmauern sichern. Im Sinne der Menschenrechte wurde eine Versorgung in der Gemeinde als grundsätzlich besser betrachtet als die stationäre Dauerunterbringung. Zweitens wurde wiederholt behauptet, dass eine Versorgung in der Gemeinde therapeutisch effektiver sei als in früheren Anstalten, wofür es einige empirische Belege gibt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Lebensqualität von Patienten in der Gemeinde höher ist als in Kliniken und dass vor allem die meisten Patienten eine gemeindepsychiatrische Versorgung der stationären deutlich vorziehen. Ein drittes Argument, das der Kosten, wurde in den 80er-Jahren populär. In Abhängigkeit davon, wie viel in die jeweilige stationäre oder ambulantkomplementäre Versorgung investiert wird, kann die gemeindenahere Versorgung billiger sein als stationäre Behandlungen. In einigen Untersuchungen hat sie sich eindeutig als kosteneffektiver erwiesen. Dabei ist allerdings anzumerken, dass die Kosten für stationäre Behandlungen in den letzten 20 Jahren im Zuge erhöhter Ansprüche und Qualitätsstandards erheblich gestiegen sind. Ein vierter Gesichtspunkt betrifft die Praktikabilität gemeindenaher Versorgung, z. B. hinsichtlich der Möglichkeiten, hinreichend Personal zu rekrutieren. Ein fünfter Beweggrund war die immer wieder vorgebrachte Hoffnung, eine deinstitutionalisierte Versorgung wäre auch präventiv wirksam. Im Sinne der Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention kann man vermutlich unterstellen, dass die gemeindenahere Versorgung eine gute tertiäre Prävention, eine eingeschränkte sekundäre Prävention und praktisch keine primäre Prävention leistet. Der sechste und letzte Punkt ist in England von offensichtlicherer Bedeutung als im kontinentalen Europa [4]. Es ist der Aspekt der öffentlichen Sicherheit und des öffentlichen Nutzens, mit dem in der Regel zur Vorsicht bei der Deinstitutionalisierung gemahnt wird. In England sind Fälle von Tötungsdelikten durch psychisch Kranke in den Medien auf Frontseiten ausführlich behandelt und zum Politikum gemacht worden. Ein Teil der Presse und der Öffentlichkeit scheint von psychiatrischer Versorgung

vornehmlich zu erwarten, dass die Gefahr solcher Delikte minimiert wird. Unverhohlen steht die soziale Kontrolle im Vordergrund des Interesses.

Diese Argumente waren mit bestimmten Träumen verbunden. Man hoffte auf eine vollständige Schließung der früheren Anstalten und versuchte sich z. T. in Prognosen, wann das letzte psychiatrische Bett abgeschafft würde. Über die Schließung der Anstalten hinaus sollte die Versorgung so wenig institutionalisiert wie möglich sein, d. h. ambulante Versorgung statt komplementärer, komplementäre statt teilstationäre, und teilstationäre statt stationäre. Noch weitergehend sollte jede Form professioneller Versorgung soweit wie möglich durch Selbsthilfe oder andere Formen von sozialer Unterstützung in der Gemeinde ersetzt werden. Dies würde naturgemäß zu einer abnehmenden Nachfrage nach konventionellen Institutionen führen und wäre mit einer vollständigen sozialen Akzeptanz psychisch Kranker verbunden, ohne Diskriminierung und ohne negatives Stigma. Das Resultat sollte eine vollständige soziale Integration von psychisch Kranken sein, was selbständiges Wohnen und eine Beschäftigung auf dem regulären Arbeitsmarkt einschließt.

Derzeitiger Stand

Was ist aus diesen Träumen geworden? Wie schon erwähnt, sind viele frühere Anstalten geschlossen worden, und die Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten hat sich reduziert, wenn auch mit erheblichen nationalen Unterschieden. Neue Einrichtungen und Dienste sind in zunehmender Vielfalt in der Gemeinde eingerichtet worden. Selbsthilfe und nichtprofessionelle Hilfe gibt es in der Gemeinde; sie hat aber keineswegs professionelle Hilfe vollständig ersetzt. Im Gegenteil sind die Ausgaben für institutionelle Hilfen im Großen und Ganzen ständig gestiegen. Die neuen Institutionen sind zwar keine Anstalten alten Stils, sondern eher kleine, in der Gemeinde lokalisierte und zum Teil ganz ambulant arbeitende Einrichtungen, aber eben doch Institutionen.

Die früheren Träume haben sich also nicht – oder zumindest nicht im ursprünglich erhofften Ausmaß – umgesetzt. Dafür mag es mehrere Gründe geben. Zum einen kann es sein, dass die o. g. Vorstellungen doch immer nur von einer Minderheit geträumt wurden und die Mehrheit von Gesundheitspolitikern und Personal in der Psychiatrie sehr viel konservativer und vorsichtiger in ihren Hoffnungen war. Viele haben vielleicht das Empfinden, dass die Träume von der Realität eingeholt wurden und sich die ursprünglichen Vorstellungen schlichtweg nicht haben umsetzen lassen. Möglicherweise haben sich auch die Vorstellungen davon, was institutionalisierte und gemeindenahere Versorgung sind, verschoben. Man könnte auch argumentieren, dass sich die Umstände verändert haben, weshalb die ursprünglichen Ideen nicht mehr relevant sind. So sind psychiatrische Kliniken nicht mehr die Schlangengruben früherer Zeit, und Personal wie Patienten haben es sich in institutionalisierter Versorgung gut eingerichtet. Zum Teil haben sich auch neue Ideen entwickelt, die z. B. zur Einrichtung der unterschiedlichen spezialisierten ambulanten Teams in den angloamerikanischen Ländern geführt haben, wie „assertive outreach“ und „home treatment“. Schließ-

lich mag man anführen, die in der Psychiatrie vorhandenen Träume seien sowieso nie wesentlich gewesen, weil Psychiatrie immer nur das umsetzen kann, was ihrem direkten Auftrag durch die Gesellschaft und die Gesundheitspolitik entspricht.

Beziehung von Patienten und professionellen Helfern

Wo stehen wir also jetzt, und welche Faktoren sind in dem eingangs angesprochenen Spannungsfeld auszumachen? Unzweifelhaft ist, dass sich die Rolle vieler Patienten geändert hat. Sie sind von passiven Behandlungsobjekten zu aktiven Partnern der professionellen Helfer geworden. Patienten und Angehörige haben Organisationen gegründet, die politisch Einfluss auf die Gestaltung von Versorgung und auf die Vergabe von Forschungsgeldern ausüben. In der individuellen Behandlung sind viele Patienten die Auftraggeber, die über Form und Dauer der Behandlung bestimmen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die meisten der Patienten in psychiatrischer Versorgung allgemein heute unter anderen Störungen leiden und andere Ansprüche an Versorgung haben, als dies früher der Fall war. Mit Ausnahme weniger Angebote von Psychotherapie, beschränkte sich die Versorgung bis zum 2. Weltkrieg weitgehendst auf Schwerstkranke, von denen viele, wie erwähnt, dauerhospitalisiert waren. Das Klientel psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung hat sich seither ständig erweitert. Es ist auch keineswegs beschränkt auf die oben angesprochenen konventionellen Institutionen. Es gibt ein zunehmendes Heer von professionellen oder semiprofessionellen Helfern in der Versorgung, die auf privatwirtschaftlicher Basis von klassischen bis zu esoterischen Behandlungsverfahren alles anbieten, wofür mögliche Patienten bezahlen. Aber auch in konventionellen Einrichtungen werden zunehmend Patienten mit nichtpsychotischen Störungen behandelt und stellen in der Gesamtheit aller medizinisch versorgten Patienten mit psychischen Störungen längst die weit überwiegende Mehrzahl dar. Solche Patienten, aber auch eine große Zahl der Menschen mit psychotischen Erkrankungen haben eine aktive Konsumentenrolle übernommen und betrachten psychiatrische Versorgung als Dienstleistung, die üblichen Qualitätseinschätzungen und Marktgesetzen unterliegt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich dadurch erheblich gewandelt. Es mag früher einen sozialen Vertrag gegeben haben, der von einem Arzt erwartete, dass er mit hoher Gewissenhaftigkeit, großem Einsatz und unbedingtem Verantwortungsbewusstsein für jeden ihm anvertrauten Patienten arbeitete. Als Gegenleistung erfuhr der Arzt, im geringeren Maße auch andere professionelle Helfer, den Respekt und die Zuneigung der Patienten und genoss großes soziales Prestige, gesichertes Einkommen und nahezu grenzenloses Vertrauen. Einzelheiten dieses Konsensus mögen immer noch gelten, im Prinzip wird er aber immer mehr abgelöst von einem herkömmlichen Dienstleistungsverhältnis mit allen Vor- und Nachteilen.

Die aktive Rolle von Patienten ist auch eine Frage von Macht und Einfluss. Von gesundheitspolitischen Gremien wird zunehmend erwartet, dass sie zumindest einen Patientenvertreter, möglicherweise auch einen Vertreter von Angehörigen, haben, und Forschungsanträge haben bessere Bewilligungschancen, wenn Vertreter von Patienten- und Angehörigenorganisationen Mit-

tragsteller sind. Diese Entwicklung sichert Rechte, verkommt aber oft auch zur political correctness und damit zu inhaltsleeren formalen Anforderungen.

Reinstitutionalisierung

Für eine Minderheit von Patienten entwickelt sich eine ganz andere psychiatrische Versorgung, die die o. g. Selbstbestimmungsrechte mehr und mehr ignoriert. So nimmt in vielen Ländern die Zahl von Zwangseinweisungen zu, und die gesetzlichen Möglichkeiten zu Zwangsmaßnahmen werden entweder drastisch verschärft oder mit großzügigeren Auslegungsbestimmungen versehen [5]. Auch die Zahl forensischer Betten nimmt in verschiedenen Ländern wie z. B. Deutschland und England stetig zu, was interessanterweise in der Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen, geschweige denn diskutiert wird. Während in anderen medizinischen oder gesundheitspolitischen Debatten oft auf empirische Evidenz verwiesen wird, gibt es praktisch keine empirischen Belege, die den Sinn zunehmender forensischer Bettenzahlen untermauern würden. Die vorliegenden Untersuchungen haben vielmehr belegt, dass Tötungsdelikte durch psychisch Kranke im Zuge der gemeindepsychiatrischen Reformen nicht häufiger geworden sind [6, 7].

Neben diesen offensichtlichen Zwangsmaßnahmen gibt es auch weitere Institutionen in der Gemeinde, die die Freiheit von schwer psychisch Kranken einschränken können. Dies sind vor allem Einrichtungen des betreuten Wohnens einschließlich von Heimen, die in wachsendem Maße und in sehr unterschiedlicher Form eingerichtet wurden. Die Verdienste vieler Einrichtungen des betreuten Wohnens sollen keineswegs bestritten werden, aber es ist doch festzuhalten, dass es hier eine große Grauzone gibt, die wenig Transparenz aufweist und praktisch nicht überprüft und evaluiert wird. Kaum jemand weiß, wie viele Plätze im betreuten Wohnen es in einer Stadt wie Berlin oder London gibt, welche Patienten über welche Zeiträume und wegen welcher Indikation in diesen Plätzen betreut werden, was das genaue Ziel der jeweiligen Versorgung ist und ob dieses Ziel irgendwann erreicht wird [8, 9]. In einigen Regionen wird der Abbau herkömmlicher psychiatrischer Krankenhausbetten vom Aufbau betreuter Wohnplätze mehr als wettgemacht. Der o. g. Deinstitutionalisierung steht also eine Reinstitutionalisierung gegenüber, und beide Entwicklungen werden in der unmittelbaren Zukunft vermutlich anhalten.

Die Bedeutung des Kunden

Wie bereits erwähnt, haben Patienten als Konsumenten oder Kunden von Einrichtungen einen zunehmenden Einfluss auf deren Gestaltung. In einer postmodernen Gesellschaft wird vermehrt auf lokaler und sogar individueller Ebene über die Gestaltung der Versorgung und Behandlung entschieden [10]. Diese Entwicklung ist nicht spannungsfrei. Zum einen entsprechen solche aktiven Kundenrollen durchaus nicht den Vorstellungen aller Patienten und Behandler. Zum anderen stehen sie auch im Widerspruch zu einer evidenzbasierten Medizin, die als Ausdruck der Moderne wissenschaftliche Standards formuliert, die gerade unabhängig von individuellen Wünschen die bestmögliche

Behandlung für eine definierte Situation festlegen. Die Formulierung wissenschaftlicher Standards macht sicherlich die Grundlage medizinischer Entscheidungen transparent und rational. Sie kann dem Patienten wie auch dem Behandler die statistische Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges verständlich machen. Solche Standards, wie sie sich z. B. aus den Literaturübersichten der Cochrane-Gruppen ableiten lassen, haben in professionellen Zirkeln eine hohe Akzeptanz. In der Praxis gelingt es aber selten, Evidenz frei von beruflichen oder ökonomischen Interessen festzulegen. So gibt es kaum Behandlungsstandards, die veröffentlicht werden, ohne von bestimmten Interessengruppen unmittelbar kritisiert oder hinterfragt zu werden [11].

Die Deinstitutionalisierung, die Reinstitutionalisierung, die Kundenrolle von Patienten und der Einfluss wissenschaftlicher Standards sind einige der widersprüchlichen Phänomene, die in der gegenwärtigen Entwicklung bestimmend sind. Die konkreten Auswirkungen lassen sich vielleicht besser abschätzen, wenn man wieder ausgehend vom Bild einer postmodernen Gesellschaft erneut die Rolle des Kunden betont. Welche Dynamik für die Versorgung zukünftig entscheidend ist, mag davon abhängen, wer genau der Kunde und Auftraggeber der jeweiligen Versorgung ist. Im Falle von Psychotherapie und der großen Zahl anderer psychiatrischer Dienstleistungen ist das sicherlich der Patient selbst – möglicherweise in Verbindung mit seinen Angehörigen – der die jeweilige Behandlung beauftragt. Da er für die Behandlung – direkt oder indirekt – auch selbst bezahlt, ist er tatsächlich der Kunde, der die gewünschte Dienstleistung erhalten wird, auch wenn sie möglicherweise wissenschaftlichen Standards widerspricht. Grenzen sind dort gesetzt, wo der Patient diese Leistung eben nicht mehr finanziert, weil z. B. die Krankenkasse diese Leistung ausgeschlossen hat oder einschränkt.

Spaltung in zwei Arten von Versorgung

Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die möglicherweise die öffentliche Sicherheit bedrohen oder zumindest das öffentliche Wohlbefinden zu stören drohen und nicht über die finanziellen Mittel verfügen, entweder direkt zu bezahlen oder unabhängig von sozialer Unterstützung Krankenkassenbeiträge zu leisten, sind nicht selbst die Kunden der psychiatrischen Versorgung. Die Versorgung erfolgt vielmehr im Auftrag von Repräsentanten des öffentlichen Willens. Wenn wir oben angenommen haben, Patienten als aktive Kunden würden ihr Eigeninteresse zukünftig rückhaltloser umsetzen können, so gilt dies auch im umgekehrten Sinne für öffentliche Institutionen als Auftraggeber. Die soziale Kontrollfunktion von Psychiatrie kann wieder verstärkt werden, wenn auch vermutlich für eine relativ geringe Zahl von Patienten. Dabei mag es mittelfristig auch zu einer Abspaltung dieser Versorgung aus dem Gesundheits- in den Sozialbereich kommen. Sicher ist der geschilderte Bruch in der Versorgung zwischen Patienten, die die aktive Kundenrolle ausfüllen, und solchen, die dazu nicht in der Lage sind, vereinfachend. Das Bild dieses Bruches mag aber die Gefahren und Möglichkeiten verdeutlichen, die für die Versorgung von psychisch Kranken abzusehen sind.

Träume

Zunächst die angenehmen Träume:

Die psychiatrische Versorgung wird von mehr Geld profitieren. Gesundheit ist zweifelsohne eine Wachstumsbranche, und die Psychiatrie wird keine Ausnahme sein. In allen westlichen Industrieländern wird mehr und mehr Geld für die Gesundheitsversorgung insgesamt und auch für die psychiatrische Versorgung ausgegeben, auch wenn dieses Geld nicht immer durch die konventionellen Kanäle fließt, sondern eine Vielzahl alternativer Angebote auf einem privatisierten Markt finanziert. Mehr Nachfrage schafft mehr Angebot, und – wie wir inzwischen wissen – schafft mehr Angebot auch mehr Nachfrage. So entsteht ein Kreis, der aus staatlichen oder privaten Mitteln zu einer besseren Finanzierung führen wird.

Einrichtungen werden um ihre Kunden werben und angenehme Umgebungen anbieten, die therapeutisch effektiv sind und gleichzeitig das Stigma psychischer Erkrankung so reduzieren, dass Nachteile und Diskriminierungen in der Gesellschaft seltener werden.

Die Stärkung der Patientenrollen und der Selbsthilfe wird in der Tat zu neuen Alternativen zu professionellen Dienstleistungen führen und diese auch ergänzen. Die Idee der „prosumer“, d. h. ehemaliger Patienten, die mit gewissem Training semiprofessionelle Rollen übernehmen, wird auch in Europa populärer werden und die Übergänge zwischen professioneller und nichtprofessioneller Hilfe fließend machen. Die therapeutische Beziehung zwischen Patient und professionellem Helfer wird transparenter und offener, wozu auch die zunehmenden technischen Informationsmöglichkeiten beitragen. Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und auch wissenschaftliche Standards werden leicht zugänglich und besser zu nutzen sein.

Solche Möglichkeiten werden auch genutzt werden, um Behandlungsprozesse durch Rückmeldungen über Zielvariablen erstens effektiver zu machen und zweitens mehr auf die Sicht der Patienten zu fokussieren. Solche auch als Outcomemanagement bezeichneten Mechanismen werden bereits in Studien überprüft [12, 13], und können, sofern sie nicht zu bürokratischen und administrativen Prozessen verkommen, therapeutische Gespräche anregen und Prozesse beeinflussen. Möglicherweise werden sie auch dazu beitragen, dass therapeutische Beziehungen sich eben nicht auf rein technische Aspekte der Behandlung beschränken, sondern zu tragfähigen und hilfreichen zwischenmenschlichen Beziehungen wachsen.

Einrichtungen können also sowohl Effektivität als auch Attraktivität vereinbaren und werden möglicherweise in neuen sozialen und ökonomischen Strukturen verankert. Eine größere Nähe insbesondere zu der Ökonomie im weitesten Sinne mag die Integration von Patienten in Arbeitsmärkte vereinfachen und ins Zentrum von Versorgungsbemühungen rücken. Insgesamt werden Veränderungen in der Versorgung basieren auf einer öffentlichen Debatte, die von wissenschaftlichen Erkenntnissen und humanen Werten getrieben wird. Dies wird zu häufigeren Veränderungen und einer kürzeren Halbwertszeit von Einrichtungen führen, diese aber gleichzeitig zu Plätzen der Auseinandersetzung

und ständigen Fortentwicklung machen. Die transparente öffentliche Debatte kann dabei helfen, gesundheitspolitische Blockaden zwischen den Interessen von Berufsgruppen, Trägern von Einrichtungen, Kostenträgern und Gesundheitsbehörden zu überwinden.

Alpträume

Manche der eben angeführten Träume haben eine unmittelbare Kehrseite, die sich als Alpträume beschreiben lassen:

Ein therapeutischer Dialog – oder so genannter Trialog unter Einbeziehung der Angehörigen – wird abgelöst von einem reinen ökonomischen Interesse einerseits und politischer Korrektheit andererseits, die eine offene Auseinandersetzung überflüssig oder unmöglich machen.

Gegenwärtige Träger werden ihre Rolle verlieren. An ihre Stelle werden Gesundheitskonzerne treten, die in Abhängigkeit von den jeweiligen Interessen und finanziellen Möglichkeiten der Kunden Leistungen anbieten. Für diese Gesundheitskonzerne wird das Interesse der Aktieninhaber vorrangig sein, und empirische Evidenz wird nur dann erwähnt, wenn sie i. S. der Werbestrategie verwendet werden kann. Man mag argumentieren, dass dieser Alptraum bezüglich des Einflusses der Pharmaindustrie zum Teil bereits der Wirklichkeit entspricht.

Im Sinne der oben ausgeführten Spaltung werden Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen zunehmend einer sozialen Wohlfahrt anheim fallen, die restriktive Maßnahmen finanziert und keinen therapeutischen Anspruch hat. In diesem Prozess können gemeindenahere Einrichtungen sich in die neuen Asyle wandeln, wobei Formen des betreuten Wohnens besonders gefährdet sind. Die bereits im 19. Jahrhundert zu verzeichnende Ideologie, mit herkömmlichen Ansätzen Patienten immer früher in die psychiatrische Versorgung zu ziehen, ohne ihnen wirklich helfen zu können [14], wird in den Frühinterventionsstrategien eine Wiederauferstehung feiern. Basierend auf common sense, gutem Willen und fragwürdiger Interpretation wissenschaftlicher Daten, werden so junge Patienten „psychiatrisiert“ und damit nicht nur an Spontanremissionen gehindert, sondern auch früh auf eine sozial benachteiligte Position geschoben [15].

Psychiatrie wird sich zu einer zunehmend technisierten Disziplin entwickeln, die keine Attraktivität für begeisterungsfähige, einsatzbereite und empathische Nachwuchskräfte ausübt. Der international z. T. eklatante Personalmangel wird sich dadurch verstärken, was noch mehr solche Institutionen begünstigt, die aufgrund des Wohlstandes ihrer Kunden gute Gehälter zahlen können, während die Versorgung der Schwerkranken nur von solchem Personal geleistet wird, die aufgrund fehlender bzw. schlechterer Ausbildung oder minderer Leistungsfähigkeit anderswo keine Stelle finden können.

Der allgemeine Alptraum ist, dass im Sinne wiederum der postmodernen Gesellschaft psychiatrische Versorgung allein Profitinteressen folgen wird und nicht mehr basiert auf Werten, die i. S. eines Konsens von der Gesellschaft getragen werden. Die Förderung psychischer Gesundheit ist dann nicht mehr eine soziale

Verpflichtung der Gesellschaft insgesamt, sondern psychische Gesundheit wird zu einem individuellen Gut, wie anderes Eigentum auch, das je nach Interesse und Finanzierungsmöglichkeit gepflegt werden kann oder auch nicht.

Schlussbemerkung

Die Träume und Alpträume mögen überspitzt formuliert sein, entbehren aber nicht einer realen Grundlage. Die eigene Position kann dabei nicht unparteilich sein. Natürlich betrachte ich es – ausgehend von den sozialen und christlichen Werten meiner Erziehung – als meine Aufgabe, sich für die Realisierung der Träume einzusetzen und den Alpträumen entgegenzuwirken. Würden die Alpträume Realität werden, würden zum großen Teil auch die Rollen vieler in der Psychiatrie beruflich Tätiger dermaßen verändert, dass sie mit dem gegenwärtigen Selbstverständnis wahrscheinlich kaum vereinbar blieben. Pessimistisch mag stimmen, dass ein Teil der Träume bereits einmal zu einem größeren Maß realisiert schien, als es jetzt der Fall ist. Die „decade of the brain“ und starke biologische Orientierung psychiatrischer Wissenschaft in manchen Ländern, der zunehmende Einfluss der Pharmaindustrie und der fehlende politische Wille, eine Benachteiligung psychisch Kranker unbedingt zu vermeiden, haben in manchen Bereichen zur Technisierung psychiatrischer Versorgung und zur Verschlechterung der Lebensbedingungen psychisch Kranker geführt. Gleichzeitig hat sich die Psychiatrie aber auch als gesellschaftlich wesentlicher Bereich etabliert gehalten und die in ihr Tätigen mögen auch zukünftig einen Einfluss darauf haben, wie die Versorgung konkret aussieht.

Literatur

- ¹ Priebe S, Finzen A. On the different connotations of social psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 47–49
- ² Becker T, Vazquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104, Supplement 410 (Psychiatric reform in Europe): 8–14
- ³ Fakhoury W, Priebe S. The process of de-institutionalisation: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry* 2002; 15: 187–192
- ⁴ Priebe S. Die deutsche Psychiatrie – aus London gesehen. *Psychiat Prax* 2001; 28: 361–364
- ⁵ Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (in press)
- ⁶ Taylor P, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 9–14
- ⁷ Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2001; 11: 6–26
- ⁸ Fakhoury W, Priebe S. Research in supported housing: a review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, (in press)
- ⁹ Kaiser W, Hoffmann K, Iserman M, Priebe S. Langzeitpatienten im betreuten Wohnen nach der Enthospitalisierung – Teil V der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat Prax* 2001; 28: 235–243
- ¹⁰ Laugharne R. Evidence-based medicine, user involvement and the post-modern paradigm. *Psychiatric Bulletin* 1999; 23: 641–643
- ¹¹ Priebe S, Slade M (eds). *Evidence in Mental Health Care*. Hove, New York: Brunner-Routledge, 2002
- ¹² Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Rossler W, Torres-Gonzales F, Wiersma D. The impact of routine outcome management on treatment processes in community mental health care: approach and methods of the MECCA study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002; 11: 198–205
- ¹³ McCabe R, Priebe S. Focussing on quality of life in treatment. *International Review of Psychiatry* 2002; 14: 225–230
- ¹⁴ Scull A. *Museums of Madness: The Social Organisation of Insanity in Nineteenth-Century England*. New York, NY: St. Martin's Press, 1979
- ¹⁵ Warner R. The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27: 551–562