

Wir haben eine  
soziale Verantwortung im  
psychiatrischen Geschehen

**Arno Deister**

Prof. Dr. med.

Berlin / Itzehoe

Sehr geehrte Damen und Herren,

## Psychiatrie und Gesellschaft – Psychiatrie in der Gesellschaft

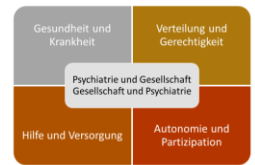
Wir beschäftigen uns mit einem konfliktreichen Themenfeld – so konfliktreich, wie die Beziehungen von Menschen untereinander sind - historisch gesehen oft mit erschreckenden und schrecklichen Folgen – heute wichtiger und ambivalenter denn je.

Wir diskutieren über Spannungsfelder auf verschiedenen Ebenen –

- zwischen ethischem Anspruch und ökonomischer Realität,
- zwischen dem Schutz der Autonomie des Menschen und dem Recht auf Schutz,
- zwischen therapeutischer Haltung und der Forderung nach Sicherheit,
- zwischen schwerer psychischer Krankheit und kriminellem und terroristischem Verhalten,
- zwischen der Forderung nach Inklusion und der alltäglichen Stigmatisierung und tiefgreifenden Diskriminierung.

Die Erwartungen der Gesellschaft – und damit auch der Gesundheitspolitik – an das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem sind umfassend, vielfältig und oft auch widersprüchlich.

Es wird von uns teilweise erwartet, dass wir zu grundsätzlichen gesellschaftlichen Fragen Stellung beziehen – auch dann, wenn die jeweilige Fragestellung mit dem Kernbereich unseres Tuns – nämlich der Verantwortung für Menschen mit psychischen Erkrankungen – wenig oder auch gar nichts zu tun hat. Und nicht selten erliegen wir dieser Versuchung und nehmen dann nicht unerheblichen Einfluss auf gesellschaftliche Prozesse. Stets ist dabei die Gefahr der Instrumentalisierung der Psychiatrie und Psychotherapie gegeben für Problembereiche, die von der Gesellschaft nicht verstanden werden – vielleicht auch, weil sie nicht verstehbar sind – oder die von ihr nicht gelöst werden können - vielleicht auch, weil sie nicht lösbar sind.



Nicht auszuschließen ist dabei auch der Missbrauch unseres Fachgebiets – und der Menschen, die dort behandelt werden oder derer die dort tätig sind.

Die doppelte Funktion von Psychiatrie und Psychotherapie, die sich als medizinisches Fachgebiet dem Wohl des individuellen Patienten verpflichtet sieht, andererseits aber auch mit gesellschaftlichen und teilweise ordnungspolitischen Aufgaben betraut ist, ergibt sich zumindest teilweise aus dem Wesen psychischer Erkrankungen selbst. Diese Doppelfunktion wird sich somit niemals vollständig auflösen lassen.

Es ist eine zentrale Aufgabe unseres Faches, die Verpflichtung dem Patienten gegenüber immer in den Vordergrund zu stellen und gesellschaftliche Funktionen nur mit Blick auf das Patientenwohl zu akzeptieren. Alles andere wäre eine Instrumentalisierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz. Damit wäre eine Grenze überschritten, die im Interesse der Patienten nicht überschritten werden darf.

Die seelische Gesundheit des Menschen ist über die gesamte Lebensspanne vielfältigen Einflussfaktoren und damit auch vielfältigen Bedrohungen ausgesetzt. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen überhaupt. Sie betreffen - in unterschiedlicher Häufigkeit und Ausprägung - alle Altersgruppen, alle sozialen Schichten und finden sich in allen Lebenssituationen.

Repräsentative Studien über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zeigen, dass in Mitteleuropa etwa jeder dritte bis vierte Erwachsene im Zeitraum eines Jahres die Kriterien für mindestens eine aktuelle Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen erfüllt. D.h., dass im jeweils vergangenen Jahr die Kriterien für mindestens eine psychische Störung zumindest zeitweise erfüllt waren.

Das Risiko, irgendwann im Laufe des Lebens von einer psychischen Störung betroffen zu sein, wird auf rund 40- 50 % geschätzt. Das

bedeutet: Fast jeder Zweite leidet im Laufe seines Lebens mindestens einmal an einer psychischen Erkrankung.

Die Häufigkeit einzelner psychischer Störungen ist in hohem Maße auch abhängig von äußeren Faktoren, sei es vom Geschlecht, vom Alter oder eben auch von den sozialen Umweltbedingungen.

Psychische Störungen können selten auf eine bestimmte Ursache oder ein Ereignis zurückgeführt werden, sondern entstehen durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Anfälligkeiten und Auslöser einerseits und psychosozialer Schutzfaktoren andererseits.

Je mehr oder je schwerwiegender die Risikofaktoren sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person erkrankt.

Dabei sind auch komplexe Wechselwirkungen der einzelnen Faktoren untereinander von Bedeutung. So kann eine psychische Störung durch ungünstiges Gesundheitsverhalten, Arbeitslosigkeit oder Armut ausgelöst oder verstärkt werden, gleichzeitig kann eine psychische Störung das Risiko dafür wieder erhöhen.

Psychische Erkrankungen und Störungen haben grundsätzlich und oft auch langfristig Einfluss auf den gesellschaftlichen Kontext. Mit diesen Erkrankungen geht regelhaft auch eine Einschränkung der Teilhabe an sozialen Prozessen einher. Psychische Erkrankungen und das jeweilige gesellschaftliche Umfeld stehen in einer Wechselwirkung zueinander, die einerseits zu Stigmatisierung oder gar zu Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beiträgt, auf der anderen Seite zu Ängsten und Belastungen der Bevölkerung führen kann.

Manchen Menschen mit psychischen Erkrankungen fällt es krankheitsbedingt oft schwer, sich für ihre eigenen Bedürfnisse und Belange adäquat und erfolgreich einzusetzen.

Es ist dann eine wesentliche Herausforderung für diejenigen, die betroffenen Menschen vertreten und für die in diesem Bereich

Tätigen, diesen Aspekt psychischer Erkrankung in ihr Handeln mit einzubeziehen.

In besonderer Weise diskutiert wird die Frage, ob psychische Störungen eigentlich zunehmen. In den Medien und in der öffentlichen Wahrnehmung wird häufig der Eindruck erweckt, dass soziale Faktoren wie Globalisierung und vermehrter Wettbewerb, das Fehlen traditioneller Unterstützungssysteme wie der Familienstruktur, unsichere Erwerbskarrieren und andere psychosozialer Faktoren zu einer deutlichen Zunahme psychischer Erkrankungen führen.

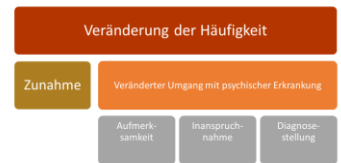
Die Antwort auf diese Frage der Zunahme ist jedoch sicherlich komplexer und auch noch nicht abschließend beantwortet.

Es gibt Hinweise darauf, dass sich die ärztlich diagnostizierten Häufigkeiten psychischer Störungen langsam den tatsächlichen Häufigkeiten in der Bevölkerung annähern.

Demnach wäre es schon immer so, dass ein bestimmter Teil der Bevölkerung psychisch erkrankt ist, jedoch wurde das früher seltener als heute entsprechend diagnostiziert oder manchmal auch bewusst verschwiegen, um Stigmatisierung und andere negative soziale Folgen zu vermeiden.

Drei relevante Faktoren, die die Häufigkeit und den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen grundlegend beeinflussen, möchte ich im Folgenden etwas näher beleuchten:

- Die Bedeutung von Arbeit für die seelische Gesundheit
- Den Umgang mit geflüchteten Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund und
- den Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Erkrankung



Betrachtet man die Wechselwirkungen zwischen psychischen Erkrankungen und gesellschaftlichen Faktoren, so kommt der Frage, ob Arbeit krank macht sozialpolitisch - aber eben auch aus Sicht der Psychiatrie - eine ganz zentrale Bedeutung zu. Arbeit erfüllt eine wichtige Funktion für jeden Einzelnen und für das Leben in der sozialen Gemeinschaft.

Arbeit gibt Struktur, lässt Menschen Wertschätzung und Anerkennung erfahren, sozialer Austausch wird möglich<sup>1</sup>. Insbesondere die immer wieder beschriebene Arbeitsverdichtung und die Arbeit unter schwierigen Rahmenbedingungen führen zu den gegenteiligen Folgen.

Heute gehen wir davon aus, dass psychosoziale Herausforderungen am Arbeitsplatz erst dann gesundheitsgefährdend werden, wenn sie das Maß an individueller Bewältigungskompetenz des Einzelnen überschreiten.

Was können wir hier tun?

Gerade in diesem Feld ist es wichtig, dass das, was wir tun, um Menschen in solchen Situationen zu helfen, immer sinnvoll aufeinander abgestimmt ist. Die einzelnen Versorgungssektoren von Prävention, Therapie und Rehabilitation müssen ineinandergreifen.

Hierbei gilt es, Hürden und Abbrüche zu vermeiden, vielmehr die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote möglichst barrierefrei und lückenlos zu gestalten. Beratung muss zügig in niedrigschwellige Unterstützungsformate und schließlich, wenn nötig, in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung übergehen können. Dazu sind sowohl sozialrechtliche Grenzen als auch die inhaltlich-therapeutische Zergliederung zu überwinden.

Dieses integrative Denken umfasst auch die Zusammenarbeit von Psychiatrie und Psychotherapie mit angrenzenden Fachdisziplinen, etwa der Arbeitsmedizin, dem hausärztlichen Bereich und auch Spezialisten für betriebliches Gesundheitsmanagement<sup>2</sup>.

Die aktuelle Diskussion über den Zusammenhang zwischen Psychiatrie und Gesellschaft - zwischen Gesellschaft und Psychiatrie - hat auch dazu beigetragen, ein zunehmend besseres Verständnis von Ursachen von psychischen Störungen von Menschen auf der Flucht bzw. mit Migrationshintergrund und deren Behandlung zu entwickeln. Sowohl die oft extremen traumatisierenden Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht, als auch die vielfältigen Probleme bei der Integration in ein neues gesellschaftliches und kulturelles Umfeld, stellen große Herausforderungen für die betroffenen Menschen, aber auch für das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem insgesamt dar.



Die Gruppe der geflüchteten Menschen und der Menschen mit Migrationshintergrund ist in keiner Weise eine homogene Gruppe. Es ist vielmehr eine sehr heterogene Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen Migrationsmotiven und sehr unterschiedlichen soziokulturellen Belastungs- und Resilienz-Faktoren. Die Migration selbst bildet keinen einheitlichen Prozess, sondern kann mit unterschiedlichen Stressfaktoren, Belastungs- und Risikofaktoren einhergehen. Zu diesen zählen zum Beispiel schlechte medizinische Versorgung, Trennung von Angehörigen, Obdachlosigkeit, fremdenfeindliche Übergriffe, schlechte Bildung, schlechter sozioökonomischer Status und/oder wahrgenommene Diskriminierung. Außerdem können Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sowie Behandlungserwartungen je nach kulturellem Hintergrund, tradierten Werten, persönlichen Erfahrungen und sozialen Lebenswelten sehr unterschiedlich sein.

Die Verteilung psychischer Störungen bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur jeweils einheimischen Bevölkerung ist sehr unterschiedlich. Das gilt insbesondere für die spezielle Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber. Gerade diese Gruppe zählt zu den vulnerablen – verletzbaren - Gruppen, die multiplen und komplexen Belastungs- und Stressfaktoren ausgesetzt waren und sind, die ihre psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können.

Belastbare und auch für verschiedene Länder gültige wissenschaftliche Erkenntnisse dazu sind jedoch noch immer nicht ausreichend vorhanden. Unser medizinisches Versorgungssystem ist für die großen Zahlen von geflüchteten Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund noch immer nicht ausreichend vorbereitet.

Was wir brauchen ist einerseits eine interkulturelle Öffnung des gesamten Gesundheitssystems - das ist schon schwierig genug - , aber insbesondere auch eine interkulturelle Kompetenz aller Beteiligten - das ist noch deutlich schwieriger zu erreichen.

Die interkulturelle Öffnung meint die Vorbereitung der Einrichtungen des Gesundheitssystems auf eine gleichwertige und gleichberechtigte Nutzung der Angebote der Regelversorgung auch durch kranke Person mit Migrationshintergrund. Dabei geht es um eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der medizinischen Versorgung im ambulanten und im stationären Bereich.

Ein weiterer, sehr wesentlicher gesellschaftlicher Bedingungsfaktor, der auf psychische Gesundheit Einfluss nimmt, ist der Faktor Armut.

Unbestreitbar ist, dass die psychische Gesundheit der Bevölkerung in den mitteleuropäischen Ländern direkt und hoch mit dem sozioökonomischen Status korreliert. Dabei sind die ärmsten Bevölkerungsgruppen - und das gilt insbesondere auch für die Gruppe der von Armut betroffenen Kinder und Jugendlichen - besonders stark von psychiatrischer Unterversorgung betroffen.





Einschlägige, umfassende und belastbare epidemiologische Befunde zu diesem Thema sind insgesamt in viel zu geringem Ausmaß vorhanden. Aber alles das, was vorhanden ist, zeigt die große Bedeutung sozial- und gesundheitspolitischer Faktoren und die große Verantwortung, die sich im gesellschaftlichen Bereich und im psychiatrischen Bereich für dieses Thema ergibt. Das Fehlen simpler Erklärungsmodelle sowie die allgemeine Verbesserung der Lage von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Folge der internationalen Psychiatriereformen trugen möglicherweise dazu bei, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und psychischer Gesundheit aus dem Fokus der psychiatrischen Forschung wie auch aus der Wahrnehmung der breiteren Öffentlichkeit geraten ist.

Die Hürden, denen sich Menschen, die sich am Rande der gesellschaftlichen Strukturen befinden, ausgesetzt sehen, wenn sie das medizinische Versorgungssystem insgesamt - aber eben auch gerade das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem - in Anspruch nehmen wollen, sind immens. In ganz besonderer Weise gilt dies zum Beispiel für psychisch kranke Menschen, die wohnungs- und obdachlos sind.

Der Gesetzgebung und den legislativen Regelungsprozessen wird mittelfristig die größte Gestaltungskraft hinsichtlich des Zusammenhangs von Armut, psychischer Erkrankung und Versorgung zukommen. Aber auch die innerhalb von Psychiatrie und Psychotherapie geführte Diskussion über Versorgung und Finanzierung muss sich dieser Fragestellung widmen - sonst wird sie ihrer Verantwortung allen Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber nicht gerecht.

Psychiatrie und Psychotherapie beschäftigen sich mit Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden.



Was aber ist eigentlich eine psychische Erkrankung – und welchen Einfluss nehmen gesellschaftliche Aspekte darauf?

Schon Karl Jaspers hat betont, dass das, was „krank“ ist, weniger vom Urteil des Arztes abhängt als von den Einstellungen und Erwartungen des Patienten und von kulturellen und gesellschaftlichen Aspekten.

In keinem anderen medizinischen Fach sind Krankheitskonzepte so abhängig von den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin. Und in keinem anderen Fach ist es von so großer diagnostischer und therapeutischer Bedeutung, wie die Gesellschaft mit dem Begriffsfeld umgeht, mit dem psychische Störungen und die davon betroffenen Menschen bezeichnet werden.

„Verrückt“; „irre“, „wahnsinnig“, „abnorm“ - ...hiermit drücken wir weniger das Vorhandensein oder Fehlen von psychischer Krankheit aus als die Abweichung und auch Abgrenzung von einer gesellschaftlich und kulturell gesetzten Norm.

Zitat Jaspers

Die heutige psychiatrische Diagnostik richtet sich im Wesentlichen an den operationalisierten Kriterien von ICD-10 und DSM 5.

Zitat WHO

Dieses Vorgehen schützt uns und unsere Patienten einerseits – es schützt die Patienten vor Willkür in der Diagnostik und es reduziert und erschwert den Missbrauch von Diagnosen für politische Zwecke – ein Thema, was leider immer noch aktuell ist.

Operationale Diagnosesysteme können Wissenschaftler in der Aussagekraft ihrer Forschungsergebnisse unterstützen und den

Therapeuten ausreichend sichere prognostische Aussagen ermöglichen.

Gleichzeitig besteht aber auch die Gefahr, dass psychische Erkrankungen unzulässig reduziert werden auf die jeweils am besten passende diagnostische Kategorie - die am besten passende Schublade – und dass dadurch die Berücksichtigung individueller und personeller Besonderheiten und Notwendigkeiten in der Diagnostik und Therapie unmöglich gemacht wird. Psychiatrisches Handeln wird damit eventuell einer zentralen Sinnggebung beraubt – nämlich der, das Erklären und das Verstehen in der gestalteten therapeutischen Beziehung miteinander zu verbinden.

Zitat  
Nietzsche

Grundsätzlich besteht eine schwerwiegende Gefahr darin, dass Lebenskrisen und Lebensschwierigkeiten - wie sie schon immer zu unserem Alltag gehören - zu psychischen Erkrankungen umdefiniert werden. Es besteht die Gefahr einer Medikalisierung, d.h., dass die Probleme bei der Bewältigung von Lebenskrisen oder allgemein schwierigen Lebenssituationen als krankhaft bewertet werden - mit allen problematischen Folgen, die sich daraus ergeben können.

Durch eine solche pathologisierende Bewertung werden nicht nur die gesunden Prozesse der Selbstregulierung und Selbstoptimierung ernsthaft gestört oder sogar unmöglich gemacht. Es besteht auch die Gefahr, dass sich dadurch Verschiebungen in der Zuordnung von therapeutischen Ressourcen ergeben, die letztendlich zu einer schweren Benachteiligung derjenigen Menschen führen, die unter schweren psychischen Erkrankungen leiden und die dringend die volle Aufmerksamkeit des Versorgungssystems benötigen.

Ein anderes Abgrenzungsproblem ist gegenüber sozial abweichendem bzw. gesellschaftlich unerwünschtem Verhalten gegeben. Eine zentrale historische Errungenschaft der Psychiatrie ist es, sozial abweichendes Verhalten nur dann als psychische Störung zu

sehen, wenn es Resultat einer sich anderweitig auch manifestierenden Krankheit ist.

Diese Frage spielt gerade heute eine wesentliche Rolle. So werden Terroristen oder Amokläufer vorschnell und unbesehen für psychisch krank erklärt, allein weil sie sozial abweichendes Verhalten zeigen und sozial abweichendes Verhalten von vielen Menschen als Anzeichen von psychischer Erkrankung gesehen wird. Andererseits werden psychisch Kranke diskriminiert, weil sie für sozial abweichende Personen gehalten werden.

Der in der Öffentlichkeit häufig angenommene unmittelbare Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und sozial abweichendem Verhalten begünstigt das Stigma, das Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung haben.

Auch dem Missbrauch der Psychiatrie in manchen autoritären politischen Systemen liegt eine ähnliche Beziehungssetzung zu Grunde: Politisch abweichende Personen werden für psychisch krank erklärt, weil sie der verordneten gesellschaftlichen oder politischen Norm widersprechen<sup>2</sup>.



Im Mittelpunkt vieler heute diskutierter Krankheitskonzepte steht die Frage, wie funktional oder dysfunktional Verhaltensweisen des Menschen sind. Demnach stellen Beschwerden, die sich aufgrund von zu vollziehenden psychosozialen Anpassungsleistungen bei Lebensschwierigkeiten bzw. Lebenskrisen ergeben, in erster Linie als ein Ausdruck gesunden normalen Lebens dar – sind also nicht als krankhaft zu bewerten. Die sich dabei zeigenden körperlichen oder psychischen Funktionen können zwar subjektiv belastende Ausprägungen annehmen, diese Prozesse stellen aber eher gesunde Anpassungsprozesse dar.

Die hier genannte Diskussion wird sich weiter entwickeln – ja sie muss sich weiterentwickeln. Denn in gleicher Weise, wie sich gesellschaftliche Strukturen fortlaufend verändern und diese Entwicklung immer neue Anforderungen an die Menschen stellt - in der gleichen Weise müssen sich psychiatrische Krankheitskonzepte weiterentwickeln. Das ist auch ein Kernbereich des Zusammenhangs zwischen Psychiatrie und Gesellschaft.

„Auch in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel Mittel sie aufbringen will, um das Leid von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erleichtern.“

Dies, meine Damen und Herren, ist kein aktuelles Zitat. Dieses Zitat stammt aus der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 1975. Es ist also älter als 40 Jahre - aber es hat bestimmt nichts an Aktualität verloren.

Wir alle wissen und wir alle sagen es immer wieder – wir, die Professionellen und sicherlich auch Sie, die Sie betroffenen Menschen - dass es - auch - eine gesellschaftliche Entscheidung ist, wie wir mit Menschen mit psychischen Erkrankungen umgehen - wie wir das Leid der davon betroffenen Menschen bewerten - und was wir als Gesellschaft bereit sind, an personellen und finanziellen Ressourcen dafür bereitzustellen.

Wir alle wissen auch, dass dies einfach zu sagen - aber äußerst schwierig umzusetzen - und vor allem äußerst schwierig durchzuhalten ist.

Zu Recht sind wir durch die Gesellschaft gefordert, die Grundlagen unseres Handelns zu definieren und zu beschreiben – zu Recht erwarten wir von der Gesellschaft, dies zu unterstützen und die Mittel dafür bereit zu stellen.

In der gesellschaftlichen Wahrnehmung – die manchmal auch einem zumindest impliziten gesellschaftlichen Auftrag entspricht – wird die Psychiatrie und Psychotherapie oft noch im Sinne eines mittelbar auf Hippokrates zurückgehenden sog. paternalistischen Verhaltenskodex gesehen.

Dem Arzt mit seinem Expertenwissen wird dabei eine herausragende Autorität zugestanden, bezogen nicht alleine auf medizinisch-inhaltliche Aspekte, sondern gerade auch auf den Umgang im Kontakt mit dem Patienten<sup>3</sup>. Die für den Patienten zu treffenden Entscheidungen sind dabei nicht völlig frei, sondern der Arzt oder Therapeut hat seine Machtfülle ausschließlich im Interesse des Patienten einzusetzen, sei es durch aktive Handlungen, die diesen Zustand verbessern, sei es durch die gezielte Vermeidung von Handlungen, die ihn einem schlecht kalkulierbaren Risiko aussetzen oder ihn sogar unmittelbar schädigen. Dies wird unter der Bezeichnung „benevolenter Paternalismus“ – wohlwollender Paternalismus - zusammengefasst.

Die hippokratische Perspektive berücksichtigt die Autonomie des Patienten nur insoweit, als es um dessen individuelles Wohl geht. Hingegen nimmt sie den Patienten dann kaum als autonome Person mit eigenen Positionen wahr, wenn er den ärztlich-medizinischen Standpunkt kritisiert oder gar ablehnt.

In dieser ethischen Perspektive wird das Verhältnis des einzelnen Patienten zur Gesellschaft weitgehend ausgespart.

In einem pragmatischen Ansatz ethischer Rahmenbedingungen, der u.a. auf Beauchamp und Childress aus dem Jahr 2009 zurückgeht, werden vier ethische Prinzipien nebeneinandergestellt:

- Der Respekt vor der Autonomie des Patienten
- Das Gebot, nicht zu schaden
- Das Gebot, zum Wohl des Patienten zu handeln und
- Das Gebot einer fairen Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten im Gesundheitswesen

Die Frage, wie die verfügbaren Ressourcen einer Gesellschaft im Gesundheitsbereich verteilt sind, hat für die Medizin insgesamt eine wesentliche Bedeutung – für die Psychiatrie und Psychotherapie ist diese Frage aber von einer ganz zentralen und für die Patienten oft von existentieller Bedeutung.

In der auf John Rawls zurückgehenden „Theory of Justice“ wird die Maxime vertreten, dass jede Person – unabhängig von ihrer jeweiligen Lebenssituation – Zugang zu mindestens den basalen Leistungen des Gesundheitswesens erhalten müsse. Notfalls müsse dieses Recht staatlich durchgesetzt werden.

Diese Fragen werden heute in allen Ländern diskutiert – allerdings mit sehr unterschiedlichen Argumenten und sehr unterschiedlichen Ergebnissen:



Haben multimorbide und hochbetagte Menschen, Menschen am Rande der Gesellschaft oder Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderer Weise ein Recht auf Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen und auf die Bereitstellung der dafür erforderlichen Ressourcen?

Oder werden insbesondere psychische Erkrankungen als oft selbst verschuldet, ohne wirklichen Krankheitswert – oder einfach auch als unheilbar – angesehen und den davon betroffenen Menschen deshalb notwendige Ressourcen verweigert?

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig krankheitsbedingt nur sehr begrenzt in der Lage, die für sie notwendigen und ihnen zustehenden Gesundheitsleistungen einzufordern und diese Forderungen dann auch durchzusetzen. Und die Gesellschaft ist nicht per se bereit, die notwendigen Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen bzw. diese zu finanzieren.



Typischerweise werden die ökonomischen Auswirkungen psychischer Störungen in der Politik deutlich unterschätzt. Das gilt nicht so sehr für die direkten Kosten psychischer Erkrankungen – also die Kosten für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation –, sondern es gilt in besonderer Weise für die daraus resultierenden indirekten Kosten – also für die Kosten, die Ausdruck der Folgen psychischer Erkrankungen sind – wie z.B. Kosten von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung, für soziale Unterstützungsleistungen und für verkürzte Lebenserwartung.

Nach Schätzungen der OECD kosten psychische Erkrankungen in den entwickelten Ländern etwa 4 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Darüber hinaus kommt es durch verminderte Produktivität, Arbeitslosigkeit, Krankenstände und soziale Aufwendungen zu einer Reduktion des jeweiligen Bruttoinlandsproduktes um weitere 2-4%.

Der Anteil der direkten Kosten für psychische Erkrankungen an den Gesamtkosten aller Erkrankungen liegt in den mitteleuropäischen Ländern um die 10%. Das ist ein hoher Anteil – aber er ist immer noch deutlich niedriger, als es der Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Gesellschaft zukommt.

Bezüglich des „Global Burden of Disease“ – also der sog. Krankheitslast – liegen nach Statistiken der WHO in Europa die psychischen Erkrankungen – je nach gemessenem Parameter – aktuell an der zweiten bis vierten Stelle aller Erkrankungen – mit einer deutlichen Tendenz zur Steigerung der Bedeutung.

Was also müsste noch geschehen, dass auch aus ökonomischen Gründen die möglichst frühzeitige, umfassende und wirksame Sorge für die seelische Gesundheit in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerät?



In zahlreichen Staaten finden derzeit Debatten über die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens statt. Dabei mehren sich die Anzeichen dafür, dass im Rahmen dieser Debatte über die relative Begrenzung von zur Verfügung stehenden Mitteln auch Qualitätseinbußen in Kauf genommen werden<sup>4</sup>.

Intensive Diskussionen über den Umfang der Leistungskataloge der Krankenversicherungen stehen im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen. Wenn es nicht möglich sein sollte, ein umfassendes medizinisches Versorgungssystem zu finanzieren, in dem jeder Bürger – auch langfristig – alle medizinisch *sinnvollen* Leistungen in Anspruch nehmen kann, muss über legitime Ansprüche und eine faire Verteilung, also letztlich über soziale Gerechtigkeit in Fragen der Gesundheitsversorgung diskutiert werden.

Bei Mittelknappheit wird häufig versucht, dieser mit Instrumenten zu begegnen, die – scheinbar – zur Effizienzsteigerung führen. Dabei wird dann Rationalisierung verlangt – häufig aber Rationierung gemeint.

Unter *Rationalisierung* versteht man in der Regel das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dabei geht es in erster Linie um das Verhältnis zwischen Mitteleinsatz und Zielerreichung. Es geht darum, mit einer vorgegebenen Ressourcenmenge das bisherige Ergebnis mit geringerem Ressourceneinsatz zu erreichen.

Rationalisierung ist dann ethisch nicht problematisch, wenn sie für keinen Betroffenen zu einer Verschlechterung der Versorgung führt.

*Rationierung* aber verfolgt ein anderes Ziel. Es geht dabei darum festzulegen, auf welche medizinisch sinnvollen Maßnahmen für welche Patienten zukünftig verzichtet werden muss. Es wird also in Kauf genommen, dass sich für bestimmte Gruppen von Patienten die Versorgungssituation verschlechtert. Dabei stellt sich dann unweigerlich die Frage, nach welchen Kriterien die Zuteilung von Gesundheitsleistungen geregelt und umgesetzt werden soll.

Geschieht dieser Prozess offen und als Ergebnis einer gesellschaftlichen Diskussion – so ist dies die eine Seite. Geschieht der Prozess dagegen verdeckt – dann hat das zur Folge, dass der Umgang mit den Ressourcen nicht transparent und meist auch nicht in dem oben genannten Sinn gerecht erfolgt.

Meine Damen und Herren,



es ist nicht einfach, im Zusammenhang mit dem Thema Psychiatrie und Gesellschaft auch das dunkelste und schrecklichste Kapitel der Psychiatrie-Geschichte – vor allem in unseren Ländern – anzusprechen.

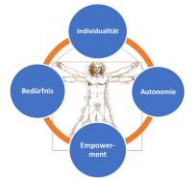
Es ist aber unverzichtbar.

Die absolute Pervertierung psychiatrischer und vor allem grundlegender menschlicher Prinzipien in der Zeit des Nationalsozialismus – durch Politik und Gesellschaft, aber auch allzu oft aktiv durch uns Psychiater selbst – mit der Folge hunderttausendfacher Ermordung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen und millionenfacher Erniedrigung und Entwürdigung – hat uns gezeigt, dass wir eine große Verantwortung tragen.

- Eine Verantwortung, niemals zu vergessen, wohin es führen kann, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr als kranke und leidende, aber vor allem auch mit Menschenrechten versehene Individuen akzeptiert werden.
- Eine Verantwortung, niemals zu vergessen, wohin es führen kann, wenn sich Psychiatrie nicht für die Menschen einsetzt, die ihnen anvertraut sind – sondern wenn sie tötet und mordet.
- Und eine Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass dies nie wieder geschehen darf.

Ohne die Erfahrungen, die in der Zeit des Nationalsozialismus entstanden sind und die diese Zeit auch überdauert haben, ist die Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nach dem Zweiten Weltkrieg nicht zu verstehen.

Über viele Jahrzehnte hinweg standen Aspekte der Fürsorge für Menschen mit psychischen Erkrankungen ganz im Vordergrund – nicht selten eng verbunden mit Bevormundung, Hospitalisierung und Ausgrenzung. Seit den 1970er Jahren sind Aspekte der Partizipation und Integration der Menschen mit psychischen Erkrankungen immer mehr in den Vordergrund getreten. In den letzten Jahren wurden verstärkt Anstrengungen dazu unternommen, immer mehr die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Menschen zum Maßstab des Handelns zu machen. Die betroffenen Patienten werden zunehmend mehr als Individuen gesehen, deren Fähigkeiten und Stärken es zu erhalten bzw. zu fördern gilt. Das Streben nach Selbstbestimmung der Patienten, Teilhabe und Inklusion sind zu zentralen Anforderungen an das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem geworden.



Empowerment und Recovery bilden bei vielen psychischen Erkrankungen eine unverzichtbare Leitlinie des therapeutischen Handelns. Nationale und internationale Bestimmungen geben den rechtlichen Rahmen vor und stellen gleichzeitig eine Herausforderung an Einstellungen und Haltungen gegenüber Patienten dar. Qualität und Qualitätssicherung sind weitere Aspekte des Denkens und Handelns in der Psychiatrie und Psychotherapie geworden. Qualitätssicherung dient einem verbindlichen Standard für das Handeln in der Psychiatrie, aber auch der Sicherstellung ethischer Grundlagen sowie einer Transparenz der Aufgaben und Leistungen gegenüber Gesellschaft, Politik und Kostenträgern.

Die 30 Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg sind bezogen auf die psychiatrische Versorgungssituation in Deutschland – aber nicht nur dort – als die Periode der „verwahrenden Anstaltspsychiatrie“ zu bezeichnen.

Diese Zeit war in Deutschland geprägt durch riesige Fachkliniken für Psychiatrie – teilweise mit mehr als 2.000 Betten – und durch unvorstellbar lange stationäre Verweildauern – im Mittel etwa 250 Tage pro Behandlungsepisode.

Etwa die Hälfte der Menschen, die in psychiatrischen Kliniken behandelt wurde, waren dort länger als 5 Jahre – fast ein Drittel länger als 10 Jahre.

Die gesellschaftliche Verantwortung für Menschen mit psychischen Erkrankungen war sehr gering ausgeprägt – die Gesellschaft war aber mit Menschen mit psychischen Erkrankungen auch kaum konfrontiert, da sie sich fern der Städte hinter hohen Klinikmauern befunden haben.

Eine Veränderung gab es in Deutschland erst Mitte der 1970er Jahre. Hierfür steht die vorhin schon einmal zitierte Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags. In den darauffolgenden 25 Jahren kam es zu einer zunehmenden De-Hospitalisierung mit massiver Verkürzung der Verweildauern pro Behandlungsepisode – aber auch mit einem zunehmenden Drehtüreffekt bzgl. der Wiederaufnahmen. Das ambulante Versorgungssystem wurde schrittweise ausgebaut – blieb aber lückenhaft und vor allem deutlich unterfinanziert.

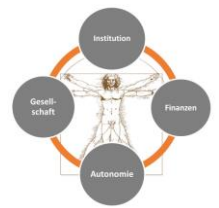
Die gesellschaftliche Verantwortung für die Psychiatrie fand in Deutschland in der sog. Psychiatrie-Personalverordnung ihren Ausdruck: Erstmals wurden psychiatrische Leistungen nach dem erforderlichen Behandlungsaufwand finanziert.

Seit etwa dem Jahr 2000 kam es in verschiedenen mitteleuropäischen Ländern zu einer zunehmenden Ökonomisierung der Medizin und in

der Folge auch der Psychiatrie – einige sprechen sogar von einer Industrialisierung der medizinischen Versorgung. Die finanziellen Anreize veränderten sich deutlich. Weniger der individuelle Behandlungsaufwand, sondern vielmehr die Effizienz der Leistungen wurden in den Vordergrund gestellt. Bzgl. der psychiatrischen Versorgung zeigte sich jedoch, dass hiermit auch massive Fehlanreize gesetzt wurden – bis hin zum Erbringen von Leistungen, die erbracht werden, weil sie bezahlt werden – und nicht unbedingt, weil sie erforderlich oder medizinisch sinnvoll sind.

Seit einigen Jahren ergeben sich jetzt deutliche Veränderungen, die das Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft direkt und grundsätzlich beeinflussen können.

Im Vordergrund steht dabei das Bemühen um ein an den besondere Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtetes Hilfe- und Versorgungssystem und gleichzeitig die Wahrnehmung des Menschen als das zentrale Subjekt im Wechselspiel zwischen Psychiatrie und Gesellschaft.



Das Wissen um die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Gesellschaft – zwischen Gesellschaft und Psychiatrie - und die Berücksichtigung dieser Beziehungen im therapeutischen Alltag eröffnen Möglichkeiten, den von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen konsequent in den Mittelpunkt zu rücken und die institutionellen Strukturen konsequent auf den Patienten und seine Bedürfnisse auszurichten.

Dies hat direkte und weitgehende Auswirkungen auf den Umgang der Menschen mit psychischen Erkrankungen und auf die Stellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im sozialen Umfeld.



Das Wohl des Patienten als ethischer Maßstab für das, was wir tun.

Diese Aussage klingt selbstverständlich – ja banal. Es ist aber alles andere als das.

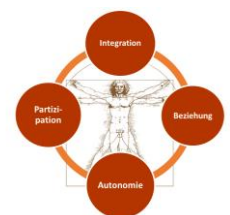
Viele unserer Strukturen zwischen Psychiatrie und Gesellschaft folgen oft einer anderen Logik – einer institutionellen Logik, einer Logik der Anforderungen der Gesellschaft oder auch einer Logik der Finanzierung.

Wenn Krankenkassen vorrangig auf Verringerung der Ausgaben und Anbieter auf Steigerung des Ertrags fokussiert sind, entstehen zwangsläufig Effekte, die im Hinblick auf das Patientenwohl als dem ethischen Maßstab zumindest als kritisch zu betrachten sind.

Wenn Formen der pauschalierenden Finanzierung nur die Prozessqualität als Maßstab sehen – die Ergebnisqualität aber ausblenden, so entsteht eine Dynamik hin zu einer anderen Psychiatrie – zu einer Psychiatrie, die nicht an den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen orientiert ist.

Wir haben Veränderungsbedarf in der Integration der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Wir haben Veränderungsbedarf in der Überwindung unterschiedlicher und zeitweise sich widersprechender Finanzierungsformen.



Wir haben Veränderungsbedarf in Bezug auf die Sicherstellung von Behandlungs- und Beziehungskonstanz.

Und wir haben Veränderungsbedarf in Bezug auf die Wahrung der Autonomie und den Umgang mit Zwangsmaßnahmen – in Bezug auf die Partizipation von Betroffenen und Angehörigen – in Bezug auf die Kommunikation untereinander – und in Bezug auf die

gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen an und in der Gesellschaft.

Im Verhältnis zwischen Psychiatrie und Gesellschaft ist es die größte Herausforderung für uns alle – in der Psychiatrie und in der Gesellschaft -, diese Veränderungen aktiv zu gestalten.

In ganz besonderer Weise gilt dies sicherlich auch für den Umgang mit zwangsweisen Maßnahmen in der Psychiatrie – also mit Maßnahmen, die gegen den natürlichen Willen eines Patienten erfolgen bzw. denen der Patient nicht zustimmen kann. Dies ist eine Thematik, die die Wahrnehmung von Psychiatrie und Psychotherapie in der Öffentlichkeit zeitweise über Gebühr prägt. Es ist eine Thematik, die natürlich die gesamte Medizin betrifft – die aber in der Psychiatrie und Psychotherapie noch eine besondere Bedeutung hat.

Zwangsweise Maßnahmen sind Ausnahmesituationen – und sie müssen Ausnahmesituationen bleiben - aber sie greifen in gravierender Weise in grundlegende Rechte der Menschen ein.

Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen Zwangsmaßnahmen oft als demütigend, erniedrigend und kränkend wahr.

Die Therapeuten stehen ganz grundsätzlich in einem Spannungsfeld zwischen ihrem therapeutischem Anspruch – der sie in dieses Fach gebracht hat – und den Erwartungen der Gesellschaft nach Sicherheit oder gar Sicherheit.

Wir alle stehen bei dieser Thematik in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und dem Recht auf Schutz.

Gerade weil die Selbstbestimmung des Menschen – auch und gerade dann, wenn er ein Patient ist – ein so hohes und so schützenswertes Gut ist – und gerade weil die Selbstbestimmungsfähigkeit durch schwere psychische Erkrankungen vermindert oder gar aufgehoben werden kann – gerade deshalb ist es erforderlich, alles, was in der jeweiligen Situation sinnvoll ist, zu tun, um die Selbstbestimmungsfähigkeit möglichst schnell und möglichst vollständig wiederherzustellen.



Die Einschätzung der Maßnahmen, die im individuellen Einzelfall zu ergreifen sind und deren Bewertung bzgl. eines Eingriffs in die Rechte eines Menschen – dies ist eine der schwierigsten Aufgaben für Menschen, die in der Psychiatrie tätig sind. Und es kommt vor, dass diese Aufgabe uns überfordert und wir dadurch auch das Eigentliche, was unser Fach ausmacht, nicht mehr wahrnehmen können – nämlich das Bemühen um eine therapeutische Beziehungsgestaltung.

Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gibt uns einen verbindlichen Maßstab vor, an dem wir uns auszurichten haben. Und sie hat schon viel in der Psychiatrie bewirkt.

Die UN-BRK beschreibt aber nicht in jedem Einzelfall schwerer psychischer Krankheit den genauen Weg – und sie entbindet uns nicht von unserer Verantwortung für den einzelnen Menschen. Eine Unterbringung gegen den Willen und eine medizinische Maßnahme ohne die Zustimmung des Patienten müssen immer ein Anlass sein, in die Kommunikation mit den betroffenen Patienten, dessen Angehörigen und auch den maßgeblichen Gerichten und Behörden zu kommen.

Eine umfassende gesellschaftliche Diskussion ist dabei erforderlich, um gemeinsam verlässliche Regeln für den Umgang in diesen herausfordernden Situationen zu finden. In diesem Feld werden die Schnittstellen zwischen Psychiatrie und Gesellschaft in ganz besonderer Weise sichtbar.

Was können nun also die Aspekte sein, die für eine zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entscheidend sind – und die damit das zukünftige Verhältnis zwischen Psychiatrie und Gesellschaft – zwischen Gesellschaft und Psychiatrie – prägen können?

Diskutiert wird in Deutschland intensiv über den Wechsel von dem traditionellen Anbieter- und sektor-orientierten Versorgungssystem in ein zukunftsweisendes Populations-orientiertes und sektor-übergreifendes Versorgungssystem.

Für diesen notwendigen Paradigmenwechsel sind die Voraussetzungen in der Psychiatrie und Psychotherapie besonders gegeben. Dabei muss eine gezielte Steuerung der Gesundheitsleistungen notwendigerweise in einem regionalen Kontext erfolgen, da nur diese die Voraussetzung für eine umfassende und fachlich begründete Vernetzung der vorhandenen Angebote, für eine Berücksichtigung des sozialen Kontextes, für eine Förderung langfristiger rehabilitativer Konzepte und eine direkte Verantwortung der Leistungserbringer für die Ergebnisqualität schaffen kann.

Ein an der Qualität der Versorgung ausgerichtetes zukunftsfähiges Entgeltsystem muss einer Vielzahl von spezifischen Anforderungen gerecht werden. Dazu gehört in erster Linie die Möglichkeit zu individueller und flexibler Behandlung, die Stärkung der sozialen Bezüge der Patienten und deren Teilhabe am sozialen und Arbeitsleben, die Förderung der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung, die Vernetzung der bestehenden Angebote in der Region und die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.

Bezogen auf die Strukturen von Versorgung haben wir vor einigen Jahren das Modell der „Regionalen Verantwortung<sup>5</sup>“ beschrieben.

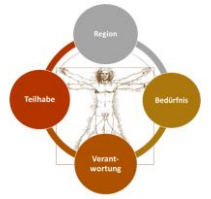
Dies beschreibt ein integratives und kooperatives Finanzierungssystem, das die Verantwortung für die Behandlung und Betreuung der Einwohner einer Region und das langfristige Erreichen von Gesundheit und Lebensqualität verbindet mit der Verantwortung für die in der Region verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen. Die Bemessung der zur Verfügung stehenden

Ressourcen soll sich dabei nicht an Parametern der Behandlung, wie zum Beispiel Behandlungstagen, Behandlungsfällen oder erbrachten Einzelleistungen orientieren, sondern an der zu bewältigenden Aufgabe.

Zwischen den Krankenkassen und den Kliniken vereinbarte Modellprojekte haben zeigen können, dass durch geeignete Steuerungsanreize eine klinische Versorgung erreicht werden kann, die zu einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung und zu einer verbesserten Teilhabe in der Gesellschaft führen kann. Regionale Verantwortung bedeutet auch, dass in der Region und dem Lebensumfeld der Patienten alle präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen bereitgestellt werden und verfügbar sein müssen, die für eine qualitätsorientierte Versorgung der gesamten Bevölkerung benötigt werden.

Auf diese Weise kann es gelingen, den sozialen Kontext zu berücksichtigen und in gleicher Weise im Sinne einer gemeindenahen und sozialen Psychiatrie auch zu nutzen. Ein solcher Paradigmenwechsel kann zur Folge haben, dass nicht mehr Behandlung mehr finanzielle Mittel in das System bringt, sondern dass durch einen verantwortlichen und regional abgestimmten Einsatz der vorhandenen Ressourcen verbesserte Möglichkeiten geschaffen werden, Gesundheit in der Region zu schaffen.

Nehmen wir das Ziel einer an den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen orientierten Psychiatrie und Psychotherapie ernst, so müssen Menschen mit psychischen Erkrankungen zur verantwortlichen und gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft befähigt werden – und die Gesellschaft muss befähigt werden, diesen Prozess der Autonomie, Verantwortung und Gleichberechtigung zu unterstützen, zu fördern – und manchmal auch auszuhalten.



In diesem Zusammenhang spielen die Konzepte von Empowerment und Recovery heute eine wesentliche Rolle.

Die in den letzten 20 Jahren entwickelten Konzepte von Recovery können als ein multidimensionales Modell zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren beschrieben werden - aber eben auch als ein Ansatz zur Bewältigung und Überwindung dieser Beeinträchtigungen.



Meine Damen und Herren,

Alle, die im psychiatrischen Feld arbeiten, haben eine soziale Verantwortung – eine soziale Verantwortung im psychiatrischen Umfeld – in der psychiatrischen Therapie.

Auf die Frage, wie wir dieser Verantwortung am besten gerecht werden, darauf gibt es sicherlich so viele verschiedene Antworten wie es Prinzipien der Ethik, Schulen in der Psychopathologie, Versorgungsformen in der Psychiatrie und Methoden in der Psychotherapie gibt.

Aber was diese unterschiedlichen Perspektiven und Antworten miteinander verbindet – und das, was sie zusammenführt und zusammenhält – ist der jeweils betroffene Mensch.

Es ist die individuelle Person, die an einer psychischen Erkrankung leidet und die darunter leidet – die nicht alleine Objekt, sondern in erster Subjekt in Forschung und Versorgung ist und sein muss.

Das macht das psychiatrische Hilfe- und Versorgungssystem hoffentlich aus – das macht es so zwiespältig und so bedroht – so individuell und so politisch – so medizinisch und so sozial – und so faszinierend und so menschlich.

Meine Damen und Herren, Ich danke Ihnen sehr, dass Sie mir zugehört haben.

---

<sup>1</sup> Stengler, Riedel-Heller in Psyche, Mensch, Gesellschaft

<sup>2</sup> Maier in Psyche, Mensch, Gesellschaft

<sup>3</sup> Hoff in Was darf die Psychiatrie

<sup>4</sup> Deutscher Ethikrat

<sup>5</sup> Deister et al. Regionale Verantwortung