

## **Verantwortung der Landespolitik für die psychiatrische Versorgung**

*Manfred Lucha*

Herzlichen Dank für die freundliche Ankündigung. Ich bin selbst Mitglied der Aktion Psychisch-Kranke, die die heutige Veranstaltung gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium auf die Beine gestellt hat. Ohne diese Aktion, ohne z.B. das Modellprojekt „Implementierung personenzentrierter Hilfen“, gäbe es die baden-württembergische Psychiatrie-Geschichte nicht.

Baden-Württemberg hat die Besonderheit, dass es sich seinerzeit – Professor Jörg Fegert hat es in seinem historischen Rückblick dargestellt – nicht am Bundesmodellprogramm Psychiatrie beteiligt hat. Stattdessen wurden die baden-württembergischen Sozialpsychiatrischen Dienste zunächst als Modellprojekt und von 1982 bis 1988 als ambulante Betreuungsdienste ohne Hoheitsfunktion vom Land Baden-Württemberg und den Kommunen finanziert. Damals gab es eine bundesweit einmalige Mitfinanzierung durch die Kassen in Höhe von 20 Prozent. Im Gegenzug verzichteten die psychiatrischen Landeskrankenhäuser darauf, psychiatrische Institutsambulanzen zu beantragen.

1991 war die Gesetzesgrundlage dann auch vom Bund klargestellt: Den Kliniken darf der Betrieb der psychiatrischen Institutsambulanz nicht vorenthalten werden – und so waren die Kassen aus der Pauschalfinanzierung schnell entlassen.

Das alles war damals also noch eine Art Flickschusterei, die noch nicht wirklich getragen war von Ziel, das wir uns heute gesetzt haben: mehr Beteiligung und personenzentrierte Hilfe – und zwar sektorenübergreifend.

### **Wichtige Schritte in Sachen Psychiatrie**

Als ich 2011 von der praktischen Psychiatrie in die politische Psychiatrie gewechselt bin, haben wir damals das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in den Koalitionsvertrag der ersten von Winfried Kretschmann geführten Landesregierung hineingeschrieben. Wir haben hier im Land einen breiten Beteiligungsprozess angestoßen, sind nach dem Bottom-up-Prinzip vorgegangen und hatten damit großen Erfolg. Eine unserer ersten Taten war, die 1993 verfügten Kürzungen bei den sozialpsychiatrischen Diensten schnell zu ändern.

Auch das Bundesteilhabegesetz war und ist ein wichtiger Schritt. Es ist ein Verdienst der Bundesländer, dass das Gesetz nicht bei dem alten Fürsorgeprinzip geblieben ist. Denn der Selbstbestimmungs- und Freiheitsanteil drohte zum alten „Der gute Staat sorgt für dich“-System zurückzufallen. Das haben wir, die Bundesländer, verhindert.

Heute haben wir ein Bundesteilhabegesetz, das wir in den Ländern sukzessive umsetzen und bei dem klar ist: Wenn die Endstufe 2023 mit der Klärung des leistungsberechtigten Personenkreises für die Leistungen der Eingliederungshilfe erreicht ist, wird es keine standardisierte Leistungsmodule mehr geben, sondern nur noch Fachleistungsstunden nach dem ermittelten Hilfebedarf. Das ist ein immenser Fortschritt! Dieser Fortschritt ist deswegen möglich, weil dieses System in ein Gesamtversorgungssystem integriert ist.

Das sind die Strukturen, die wir für eine gute psychiatrische Versorgung brauchen, und dazu gehören für mich auch die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) und die Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ).

Wir wissen nach der verbindlichen Einführung der Hilfeplankonferenzen, dass in Gemeindepsychiatrische Verbänden alle Akteure verbindlich ihren Anteil an der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung erbringen müssen, und zwar sowohl die Behandlungsleistungen als auch die Rehabilitationsleistungen in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form. Und dass Bezugspersonen einzusetzen sind, die das Ganze koordinieren. Damit haben wir genau den Steuerungseffekt, den wir haben wollen. Und die Menschen bekommen genau die Hilfe, die sie auch brauchen.

Gleichzeitig bieten die Gemeindepsychiatrischen Zentren, die sich zu Behandlungszentren entwickeln, gute Arbeitsmöglichkeiten, vielseitige Beratungsangebote und insgesamt die Möglichkeit, sich von morgens bis abends dort aufzuhalten, Mittagstisch und Café inklusive. Das sind Angebote, die jeder jederzeit nutzen kann. Und da ist es auch nicht zwingend, dass man sofort eine Hilfe beansprucht. Aber die Hilfe ist da, wenn man sie braucht.

In unserem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz hatten wir zudem festgeschrieben, unseren Landespsychiatrieplan aus dem Jahr 2000 fortzuschreiben und anzupassen. Das vorrangige Ziel des Landespsychiatrieplans ist es, Zugangsschwellen zu senken und die Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu stärken.

Auch hier haben wir einen breiten Beteiligungsprozess gewählt, und auch hier war dieser Weg ein voller Erfolg. Ich hatte gerade die Gelegenheit, unseren neuen Landespsychiatrieplan in mehreren Zentren für Psychiatrie im Land vorzustellen, und habe dabei oft das Gefühl: Auch die Menschen in den psychiatrischen Kliniken finden das gut, sie gehen mit uns mit. Das ist keine Selbstverständlichkeit, denn wir haben den neuen Plan mit „Psychiatrie goes Gemeinde“ überschrieben. Das heißt, dass wir die Menschen in ihrer Gesamtheit und in ihrer gewohnten Umgebung behandeln und begleiten und sie nicht nur auf irgendeine Störung reduzieren, sondern ihnen ganz konkret helfen. Das ist keine lebenslange fürsorgliche Belagerung, sondern entscheidend ist: Wenn ich Hilfe brauche, kann ich mich darauf verlassen, dass ich sie auch bekomme.

Heute sind psychiatrische Diagnosen nicht mehr dazu da, Menschen aus dem gesellschaftlichen Leben auszuschließen. Sie sind vielmehr mit Diagnosen wie Rückenschmerzen zu vergleichen, verursachen allerdings bei Arbeitsunfähigkeit die meisten Kosten. Wir müssen in die Arbeitswelt hineintreten, Gesundheit stärken, Arbeitsprozesse fördern, wir müssen – und das wollen wir mit dem Bundesteilhabegesetz erreichen – Reha vor Rente ermöglichen. Und es darf nicht sein, dass wir einen chronisch psychisch Kranken in die Erwerbsminderungsrente schicken, damit er zwar existenziell abgesichert, von der Teilhabe an zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens aber ausgeschlossen ist.

Dafür brauchen wir geeignete Strukturen und wir brauchen ganz dringend in allen Regionen eine verbindliche Verantwortungskultur und -struktur. Wir brauchen also verbindliche Strukturen – und das müssen Gemeindepsychiatrische Verbände mit klar definierten Qualitätsanforderungen sein, wie sie die Bundesarbeitsgemeinschaft GPV zusammen mit der Aktion Psychisch Kranke definiert hat.

So. Und jetzt bin ich an dem Punkt, wo ich Richtung Bund schaue.

### **Ein Blick Richtung Bund**

Wir haben den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, für die Entgeltstrukturen eine Systematik zu schaffen. Ich befürchte, das Ergebnis wird uns nicht weiterhelfen. Und wenn ich mich heute hier umschaue, bin ich fest davon überzeugt, dass wir alle hier gemeinsam eine viel bessere Entgeltstruktur in der stationären bzw. stationsäquivalenten Versorgungspsychiatrie zustande bringen können. Eine Entgeltkultur, die Ressourcen schont und die Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Das DRG -System haben wir vom Tisch, aber die Versuchung ist da, dass man doch wieder sehr schematisiert und 100 %-Vorgaben macht. Doch jeder weiß, dass wir Personalmangel haben und Ausgleichspuffer brauchen. Die jetzigen Vorschläge des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes, mit dem uns einerseits der Pflegezuschlag genommen und andererseits eine neue Vergütungsstruktur eingeführt wird, bestraft ein Bundesland wie Baden-Württemberg, das seine Hausaufgaben gemacht hat, Investitionen überproportional fördert oder die niedrigsten aufgestellten Betten aufweist. Gut laufende, moderne Kliniken würden jährlich fünf bis zehn Millionen Verlust machen, wenn diese Systematik kommt. Davor warne ich. Wir müssen also schauen, welche Strukturen wir fördern.

### **Die Rolle der Länder**

Und deswegen ist der Föderalismus richtig und macht Sinn. Wir als Landespolitiker haben den großen Charme und den großen Vorteil, nah dran zu sein. Selbst in einem Flächenland mit 11 Millionen Einwohnern wie Baden-Württemberg kann ich behaupten, dass ich jede Klinik kenne. Und ich kenne die Landräte, die für einen Teil dieser Kliniken direkt verantwortlich sind. Das ist wichtig, und deswegen ist unser heutiger Dialog auch der richtige Aufhänger. Wir müssen gemeinsam schauen, was wir wollen und wie wir das erreichen können. Das große Ziel ist ganz klar: personenzentrierte Hilfen. Die jahrzehntelang praktizierte Philosophie: „viel hilft viel“ hat sich nicht bewährt. „Richtig hilft viel“, passgenau Hilfen ist das Zauberwort der Zukunft. Wobei das im Einzelfall natürlich auch viel sein kann. Wir müssen ganz genau hinschauen und uns fragen: Was brauchen die Menschen? Aber eben auch: Was brauchen sie eigentlich nicht – und bekommen es dennoch, nur weil es in der Einrichtung angeboten wird.

Wir haben einen Sicherstellungsauftrag, und das gilt nicht nur für die stationäre Versorgung. Wenn wir beispielsweise statistisch gesehen Überversorgung haben, gleichzeitig aber auf der Schwäbischen Alb keine niedergelassene Ärztin und keinen niedergelassenen Arzt mehr finden, dann brauchen wir eine Konstruktion, die die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum fördert. Und wenn wir eine Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung schließen, brauchen wir jemanden vor Ort, der die Strukturen kennt, der die Menschen kennt. Und das sind wir, die Länder.

Deswegen sage ich ganz klar: Unser Dialog ist sehr wichtig und genau richtig. Wir müssen miteinander reden, stärker zusammenarbeiten, Sektorengrenzen gemeinsam überwinden. Echte sektorenübergreifende Versorgung meint aber nicht nur innerhalb eines Sozialgesetzbuchs ambulant und stationär, sondern auch die Sozialgesetzbücher VIII, IX, XI und XII – wobei es ausgesprochen

wichtig ist, die Jugendhilfe und das mit dem BTHG neu gestaltete Rehabilitationsgesetz aufeinander abzustimmen. Gerade an der entscheidenden Schnittstelle zum Erwachsen-Werden funktioniert bei jungen Menschen mit seelischer Behinderung die nahtlose Versorgung nicht gut. Und das liegt auch daran, dass das BTHG die individuelle Hilfeplanung der Jugendhilfe aufgegriffen hat, diese nun aber auch die Hilfeerbringung personenzentriert gestalten sollte. Das Land Baden-Württemberg wird nochmals eine Initiative ergreifen, die inklusive Lösung im SGB VIII zu ermöglichen. Es sind aber auch die verschiedenen Berufsgruppen gemeint, und zwar im Spannungsfeld von Delegation und Selbstbeauftragung. Gerade bei Menschen mit hohem und langem Hilfebedarf ist diese Multiprofessionalität ganz wichtig. Die Absprache, der Teamgedanke – das ist wichtig.

Diese Systeme müssen wir stärken. Wir in Baden-Württemberg und auch die anderen Länder tun es beispielsweise mit unseren Gesetzen, mit unseren Psychiatrieplänen, mit unseren Verbundstrukturen, mit unseren Informations- und Beschwerdestellen und auch mit der einrichtungsunabhängigen Teilhabeberatung, die das Bundesteilhabegesetz mit sich gebracht hat.

Wir müssen aus Betroffenen Beteiligte machen, und dieser Prozess muss verbindlich und dauerhaft sein. Das Gesundheitswesen benötigt insgesamt Demokratisierungsprozesse, mehr Mitsprache der Bürgerinnen und Bürger, aber auch Verständnis dafür, dass z.B. kleinere Kliniken schließen müssen, weil sie nicht mehr leistungsfähig sind und weil aus der Gesundheitsvorsorge eine Gesundheitsgefährdung werden kann.

Die Wissenschaft macht gute Vorschläge, gute Untersuchungen, gute Arbeit. Doch letztendlich sind wir in der Politik und in den Ländern verantwortlich, feste und verlässliche Beteiligungsstrukturen zu schaffen und dabei alle Bürgerinnen und Bürger mitzunehmen. Wenn wir Bedarfe in der Versorgung feststellen, müssen wir sie auch entsprechend abdecken. Das ist unsere Aufgabe. Den Bund brauchen wir für Leistungsgesetze und Planungsvorgaben, die praxistauglich sind, schnell umgesetzt werden können und bei denen gleichzeitig Fehlentwicklungen schnell korrigiert werden können. Ewigkeitsgesetze sind heutzutage nicht mehr in Mode. Heute gilt: „Nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz.“ Auch das müssen wir lernen.