

**Struktur und Entwicklung der Versorgung psychiatrischer Patienten –  
Ein Vergleich zwischen Deutschland und Finnland**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Hohen Medizinischen Fakultät  
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität  
Bonn

Anna Louise Wichmann  
aus Leipzig  
2015

Angefertigt mit der Genehmigung  
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Thomas Kistemann MA (geogr.)
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Christoph Reichel

Tag der Mündlichen Prüfung: 4. März 2015

Aus dem Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Universitätsklinikums Bonn  
Direktor: Prof. Dr. med. Martin Exner

Für meine Jungs



## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
<b>1. Einleitung</b>	<b>12</b>
1.1 Hintergrund und Fragestellung	12
1.2 Grundlagen	14
1.2.1 Die untersuchten Länder	14
1.2.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen und ihre Auswirkungen	15
1.2 Kurzübersicht Gesundheitssysteme	16
1.2.1 Gesundheitssystem Deutschland	16
1.2.2 Gesundheitssystem Finnland	17
1.3 Deinstitutionalisierung	19
<b>2. Konzeptionelle Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen</b>	<b>21</b>
2.1 Qualitative Forschung	21
2.2 Auswahl der Methode	23
2.2.1 Literaturrecherche und Dokumentenanalyse	23
2.2.2 Das Experteninterview	24
2.2.3 Auswahl der Interviewpartner	25
2.2.4 Das Leitfadeninterview	26
2.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews	27
2.3.1 Erstellung des Leitfadeninterviews	27
2.3.2 Interviewsituationen	28
2.4 Materialaufbereitung	29
2.4.1 Transkription	29
2.4.2 Vorgehensweise bei der Analyse	29
2.5 Kritische Methodenreflexion	32
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>34</b>
3.1 Strukturen und Unterschiede in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland und Finnland	34
3.1.1 Deutschland	34
3.1.1.1 Organisation	34

3.1.1.2 Stationäre Versorgung	36
3.1.1.3 Teilstationäre Versorgung	39
3.1.1.4 Ambulante Versorgung	40
3.1.1.5 Komplementäre Dienste	42
3.1.1.6 Personal	45
3.1.1.7 Psychotherapie	46
3.1.1.8 Finanzierung	47
3.1.2 Finnland	49
3.1.2.1 Organisation	49
3.1.2.2 Stationäre Versorgung	51
3.1.2.3 Ambulante Versorgung	52
3.1.2.4 Komplementäre Versorgung	55
3.1.2.5 Personal	57
3.1.2.6 Psychotherapie	58
3.1.2.7 Finanzierung	59
3.2 Veränderungen der Versorgungsstrukturen im Zuge der Deinstitutionalisierung	60
3.2.1 Deutschland	60
3.2.1.1 Vorgeschichte	60
3.2.1.2 Auslösende Faktoren für den Wandel	62
3.2.1.3 Veränderungen durch den Deinstitutionalisierungsprozess	64
3.2.1.4 Veränderungen bis 1989 in der DDR und während der Nachwendezeit	69
3.2.2 Finnland	71
3.2.2.1 Vorgeschichte	71
3.2.2.2 Auslösende Faktoren für den Wandel	72
3.2.2.3 Veränderungen durch den Deinstitutionalisierungsprozess	74
3.3 Wahrnehmung der Entwicklung und Bewertung der heutigen Situation psychiatrischer Versorgung durch Akteure beider Systeme	80
3.3.1 Deutschland	80
3.3.1.1 Bewertung der Entwicklung	80
3.3.1.2 Bewertung der derzeitigen Situation	84
3.3.2 Finnland	104

3.3.2.1	Bewertung der Entwicklung	105
3.3.2.2	Bewertung der heutigen Situation	109
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>130</b>
4.1	Strukturen und Unterschiede in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland und Finnland	130
4.1.1	Organisation und Aufbau	130
4.1.2	Finanzierung der psychiatrischen Versorgung	133
4.1.3	Zuständigkeiten und Ebenen psychiatrischer Versorgung	136
4.1.4	Personal und psychotherapeutische Ausbildung	139
4.2	Veränderungen der Versorgungsstrukturen im Zuge der Deinstitutionalisierung	141
4.3	Wahrnehmung der Entwicklung und Bewertung der heutigen Situation psychiatrischer Versorgung durch Akteure beider Systeme	147
4.3.1	Entwicklung	147
4.3.2	Stärken und Schwächen der Systeme	153
4.3.2.1	Stärken	153
4.3.2.2	Schwächen	155
4.3.3	Perspektiven: Mögliche, notwendige und zukünftige Veränderungen	166
<b>5.</b>	<b>Fazit</b>	<b>170</b>
<b>6.</b>	<b>Executive Summary</b>	<b>175</b>
<b>7.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>177</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	<b>178</b>
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>188</b>
<b>10.</b>	<b>Danksagung</b>	<b>201</b>

## Abkürzungsverzeichnis

APK	Aktion Psychisch Kranke
BPE	Bundesverband Psychiatrieerfahrener
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CMHC	Community Mental Health Centre
DALY	Disability Adjusted Life Year
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GP	General Practitioner (Allgemein- bzw. Hausarzt)
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
IV-Verträge	Integrierte Versorgungsverträge
Kela	Kansaneläkelaitos (Finnischer Sozialversicherungsträger)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MHD	Mental Health District
NRW	Nordrhein-Westfalen



OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PEPP	Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik
PHCC	Primary Health Care Centre
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherung
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RAY	Rahaautomaattiyhdistys (Finnischer Spielautomatenverband)
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (Finnisches Institut für Gesundheit und Soziales)
Valvira	Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Nationale Aufsichtsbehörde für Wohlfahrt und Gesundheit Finnlands)
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lost due to Disability or Disease
YLL	Years of Life Lost

## 1. Einleitung

### 1.1 Hintergrund und Fragestellung

Wohl kaum eine medizinische Fachrichtung hat in den letzten 50 Jahren derartige Veränderungen erlebt wie die Psychiatrie. Neue Behandlungsmöglichkeiten und -methoden sowie das Aufkommen der Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie haben die Kranken aus den abgelegenen Verwahranstalten und vom Rande der Gesellschaft geholt und sie weitgehend integriert. Diesen Prozess der Entlassung psychiatrischer Patienten aus den Großkrankenhäusern – die sog. *Deinstitutionalisierung* – haben alle westlichen Industrienationen im Laufe der letzten Jahrzehnte durchlaufen. Die Ziele – die Menschen aus den Anstaltspsychiatrien in die Gemeinschaft zu holen und eine menschenwürdige psychiatrische Versorgung aufzubauen – ähnelten sich weltweit. Jedoch sahen sich die verschiedenen Länder mit unterschiedlichen Ausgangssituationen, Möglichkeiten und Schwierigkeiten konfrontiert, welche die Entwicklung in jedem Land anders ablaufen ließen. Auch heute gilt der Prozess der Deinstitutionalisierung in vielen Ländern noch nicht als abgeschlossen.

Die Lebens- und Behandlungsbedingungen von psychiatrischen Patienten haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm verbessert. Und dennoch spielen psychische Leiden in unserer heutigen Zeit eine immer größer werdende Rolle. 2003 gingen laut der WHO weltweit 13 % aller *Disability Adjusted Life Years* (DALYs; behinderungsbereinigte Lebensjahre) auf das Konto von neuropsychiatrischen Erkrankungen, womit diese den größten Anteil ausmachten, noch vor Verletzungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Außerdem bedingten sie 33 % aller *Years Lived in Disability or Disease* (YLDs; mit Behinderung oder Krankheit gelebte Jahre). 450 Millionen Menschen litten an psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen, wovon Depressionen mit 150 Millionen den größten Teil ausmachten, gefolgt von Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit, Epilepsie und Schizophrenie (WHO, 2003, 2013).

Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung psychischer Erkrankungen in der heutigen Welt. In den westlichen Industrienationen machen psychische Störungen einen großen und z.T. den größten Anteil an krankheitsbedingten Fehltagen und Frühverrentungen aus. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die Versorgungssysteme und -strategien

zweier westlicher Länder für psychisch kranke Menschen näher zu untersuchen und zu vergleichen. Finnland wird als Vergleichspartner für Deutschland herangezogen, da die Gesundheitssysteme auf einem vergleichbar hohen Niveau liegen. Die Motivation zum Verfassen dieser Arbeit ist der persönlichen Nähe der Autorin zu Finnland geschuldet, da sie ein Jahr Medizin in Kuopio/Finnland studierte. Der öffentlichen und Medienmeinung nach verfügt Finnland über ein sehr gut funktionierendes Gesundheitssystem (z.B. Heintze, 2007). Vor diesem Hintergrund werden die aktuellen strukturellen Gegebenheiten und die Entwicklung der Psychiatrie in Finnland wissenschaftlich untersucht und mit denen in Deutschland verglichen. Bei der vorhergehenden Literaturrecherche zeigte sich, dass noch keine vergleichenden Arbeiten über die Struktur und Entwicklung der psychiatrischen Systeme dieser beiden Länder existiert.

Ziel dieser Arbeit ist es, die aktuellen psychiatrischen Versorgungsstrukturen Deutschlands und Finnlands gegenüber zu stellen und ihre Entwicklung seit Mitte des 20. Jahrhunderts darzulegen. Es wird vergleichend aufgezeigt, wie beide Länder mit ihren verschiedenen Ausgangs- und Rahmenbedingungen es geschafft haben, ihr heutiges psychiatrisches Versorgungsnetz aufzubauen. Weiterhin wird untersucht, wie die psychiatrische Versorgung in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen beider Länder heute organisiert und aufgebaut ist.

Um ein möglichst umfassendes Bild der historischen Entwicklung und aktuellen Situation der Psychiatrie in Deutschland und Finnland zu erhalten, werden neben der ausführlichen Dokumentenanalyse leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Die gewonnenen Informationen werden durch das Wissen der Systemakteure ergänzt. Ihre persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen helfen, die gewonnenen Kenntnisse einzuordnen.

Folgende Forschungsfragen gilt es im Zuge dieser Arbeit zu beantworten:

1. Welche Strukturen und strukturellen Unterschiede gibt es bei der Versorgung psychisch kranker Patienten in Deutschland und Finnland?
2. Wie haben sich diese Strukturen im Zuge der Deinstitutionalisierung verändert?

3. Wie wird diese Entwicklung von Akteuren des Systems wahrgenommen und wo sehen diese die Stärken und Schwächen des Systems?

## **1.2 Grundlagen**

Um die Ergebnisse dieser Arbeit besser einordnen zu können, sollen hier kurz einige grundlegende Fakten zur Landeskunde Deutschlands und Finnlands, den Gesundheitssystemen beider Länder und den Prävalenzen psychischer Erkrankungen dargelegt werden. Außerdem wird der zentrale Begriff der Deinstitutionalisierung erläutert.

### **1.2.1 Die untersuchten Länder**

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein föderalistischer Staat in Mitteleuropa. Gemäß ihrer Verfassung ist sie eine Republik, bestehend aus 16 Bundesländern. Die Bundeshauptstadt ist Berlin.

Laut Statistischem Bundesamt lebten 2011 80,2 Millionen Menschen in Deutschland, die sich auf einer Fläche von 357.050 km<sup>2</sup> verteilen. Das ergibt eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von ca. 225 Einwohnern/km<sup>2</sup>, welche jedoch regional stark differiert. Am dichtesten besiedelt sind die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen (Bsp. Berlin mit 3.730 Einwohner/km<sup>2</sup>). Bei den Flächenstaaten steht Nordrhein-Westfalen mit 515 Einwohnern/km<sup>2</sup> Mecklenburg-Vorpommern mit lediglich 69 Einwohnern/km<sup>2</sup> gegenüber. Generell sind der Westen und Südwesten Deutschlands dichter besiedelt als der Norden und Nordosten (Statistisches Bundesamt, 2011a, 2013).

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner in Deutschland lag 2012 bei 30.146 Euro (International Monetary Fund, 2013).

Die Republik Finnland ist eine parlamentarische Republik im Norden Europas, die sich in 19 Landschaften gliedert. Die Hauptstadt ist Helsinki.

2011 hatte Finnland 5,4 Millionen Einwohner, bei einer Fläche von 338.145 km<sup>2</sup> (Auswärtiges Amt, 2011). Von der Fläche her nur unwesentlich kleiner als Deutschland, hat Finnland nicht einmal 10 % der Einwohner Deutschlands. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 17,6 Einwohner/km<sup>2</sup>. Diese Zahl ist allerdings nicht sehr repräsentativ, schwankt sie doch extrem: zwischen 221,9 Einwohner/km<sup>2</sup> in Uusimaa im Süden (mit der Metropolregion Helsinki) und 2,0 Einwohner/km<sup>2</sup> in Lappland (Eurostat, 2013).

Das BIP je Einwohner in Finnland lag 2012 mit 29.658 Euro ähnlich hoch wie in Deutschland (International Monetary Fund, 2013).

### **1.2.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen und ihre Auswirkungen**

In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz für eine oder mehrere psychische Störungen bei 43 %, die 12-Monats-Prävalenz bei 31 %. Ähnliche Zahlen (für junge Erwachsene im Alter von 20 - 34 Jahre) liegen für Finnland vor. Hier beträgt die Lebenszeitprävalenz für jedwede psychische Erkrankung 40,4 %. In Deutschland haben Angststörungen die häufigste Lebenszeitprävalenz, gefolgt von Depressionen und Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch/-abhängigkeit. In Finnland liegen depressive Erkrankungen vor Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit und Angststörungen (Jacobi et al., 2004; Suvisaari et al., 2009).

Die Zahl der Betroffenen mit psychischen Erkrankungen weltweit hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht, was zu erheblichen Problemen und Belastungen führt – für die Patienten selbst, aber auch für die Volkswirtschaften. Psychische Erkrankungen sind zu einem enormen Kostenfaktor für die Gesundheitssysteme geworden. In Deutschland nimmt die Zahl der Fehltage durch Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen seit Jahren zu. Weiterhin sind psychische Erkrankungen in Deutschland mittlerweile die häufigste Ursache von Frühverrentungen (Schaetzler, 2014; Techniker Krankenkasse, 2011). Gleiches ist in Finnland zu beobachten, wo es – trotz unveränderter Prävalenzen – in den vergangenen Jahren einen enormen Anstieg bei der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen gab. Ein Viertel aller Krankentage und ein Drittel aller neuen Frühverrentungen sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (Ministry of Social Affairs and Health, 2010c). Die volkswirtschaftlichen Folgekosten sind sehr hoch.

So betragen die in Europa durch psychische Erkrankungen entstandenen Produktionsausfälle jährlich ca. 3 - 4 % des BIP (Europäische Union, 2005).

## 1.2 Kurzübersicht Gesundheitssysteme

### 1.2.1 Gesundheitssystem Deutschland

Im deutschen Gesundheitssystem besteht eine „*Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft*“ (bspw. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen), in der letztere viele Aufgaben vom Staat delegiert bekommen (Busse und Riesberg, 2005, S. 35). Die Zuständigkeiten verteilen sich auf verschiedene politische Ebenen:

- **BUND:** Auf Bundesebene arbeitet das Bundesministerium für Gesundheit Gesetzesentwürfe und Verwaltungsvorschriften aus. Der deutsche Staat gibt als Gesetzgeber den Rahmen vor, in dem die im Gesundheitswesen beteiligten Akteure Entscheidungen treffen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011b). Zudem obliegt die Zuständigkeit für die Gesetzlichen Krankenkassen zum großen Teil dem Bund.
- **LÄNDER:** Die 16 deutschen Bundesländer sind verantwortlich für die Durchführung der Bundesgesetze, können aber auch selber gesetzliche Vorgaben erlassen. Darüber hinaus verabschiedet jedes Bundesland eine landesspezifische Krankenhausplanung (Bundesministerium für Gesundheit, 2011a).
- **STÄDTE UND LANDKREISE:** Den 107 kreisfreien Städten und 295 Landkreisen obliegt die Koordinierung und Sicherstellung der ambulant-komplementären Hilfen (u.a. Tagesstätten und die sozialpsychiatrischen Dienste). Zudem sind sie die örtlichen Träger der Sozialhilfe.
- **KOMMUNEN:** Die 11.418 Kommunen (Stand: 31.3.2013 nach Schubert, 2013) sind als zusätzliche eigenständige Leistungsträger legitimiert und häufig Träger verschiedener Dienstleistungen. Kommunen handeln im Rahmen der Bundesgesetze. Neben der Erfüllung diverser Pflichtaufgaben besitzen sie jedoch die Frei-

heit, gewisse Aufgaben, wie bspw. Beratungsangebote, selbst zu gestalten (Jäger, 2002).

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V wird zwischen ambulantem und stationärem Sektor unterschieden. Im ambulanten Bereich spielen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine wichtige Rolle. Sie sind vom Gesetzgeber zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung verpflichtet. Die KVen sind regional organisiert und können (für ihr Gebiet) entscheiden, wie die Versorgung sichergestellt wird. Im stationären Bereich haben die Bundesländer den Versorgungsauftrag. Über die Krankenhauspläne werden die Bettenkapazitäten für die Bevölkerung geregelt und festgelegt (Busse und Riesberg, 2005).

Das deutsche Gesundheitswesen finanziert sich über die Beiträge zu den Sozialversicherungen (Gesetzliche Krankenversicherung GKV, Gesetzliche Rentenversicherung GRV, Gesetzliche Pflegeversicherung GPV und teilweise Gesetzliche Unfallversicherung GUV). Es besteht eine Krankenversicherungspflicht. Der überwiegende Teil der Patienten ist in einer der zahlreichen gesetzlichen Krankenkassen versichert, ca. 10 % der Bevölkerung in einer privaten Krankenversicherung. Weiterhin wird das System über Selbstbeteiligungen der Patienten für bestimmte Behandlungen und Medikamente finanziert (KVportal, 2010).

2011 hat Deutschland 11,3 % seines Bruttoinlandsprodukts (BIP) für das Gesundheitswesen ausgegeben und damit mehr als die meisten anderen OECD-Länder (Durchschnitt 9,3 %). Die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit beliefen sich 2012 auf 4.494 US-Dollar. Auch hier liegt Deutschland deutlich über dem OECD Schnitt von 3.339 US-Dollar; es werden 1.000 US-Dollar pro Kopf mehr für die Gesundheit ausgegeben als in Finnland (OECD, 2013).

### **1.2.2 Gesundheitssystem Finnland**

Das finnische Gesundheitssystem ist ein staatliches, dreigliedriges System mit dem *primary, secondary and tertiary level of care* und zeichnet sich durch eine sehr ausgeprägte Dezentralisierung aus. Hauptmerkmale der finnischen Gesundheitspolitik sind der

Erhalt sowie die Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Bevölkerung, durch Prävention und Gesundheitsförderung (Ministry of Social Affairs and Health, 2010b).

Es existieren drei Ebenen der Gesundheitsversorgung. Für die Primärebene (*primary level of care*) sind die Gemeinden zuständig. Sie sind per Gesetz verpflichtet, die Grundversorgung in ihrer Gemeinde, bzw. in ihrem Gemeindeverbund sicherzustellen. 2011 hatte Finnland 336 Gemeinden (The Association of Finnish Local and Regional Authorities, 2012), von denen jede einem der 20 Krankenhausbezirke (*hospital districts*) zugeordnet ist. Diese Krankenhausbezirke sind verantwortlich für die Sekundärversorgung (*secondary level level of care*) der Bevölkerung, d.h. die fachärztliche ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung im Krankenhaus. Die Krankenhäuser werden von den ihnen zugeordneten Gemeinden finanziert.

Auf der dritten Versorgungsebene (Tertiärversorgung, *tertiary level of care*) arbeiten die fünf Universitätskrankenhäuser (Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio und Oulu), die für alle in ihrem Einzugsgebiet lebenden Menschen die Spezialversorgung sicherstellen. Diese Einzugsgebiete sind z.T. von enormer Größe. So ist etwa die Universitätsklinik Oulu für ganz Nordfinnland zuständig, was in etwa der Hälfte der gesamten Landesfläche entspricht.

Wie in kaum einem anderen Land hat der finnische Staat die Verantwortung für das Gesundheitswesen und der Organisation sowie Finanzierung den Gemeinden übergeben. Die Kommunen können weitestgehend selbst über den Ausbau und die Höhe der Finanzierung sowie über die Umsetzung von Vorschlägen aus Helsinki entscheiden. Der Einfluss des Staates im Gesundheitswesen beschränkt sich auf die Gesetzgebung, Führung und Überwachung der Einhaltung der Gesundheitsversorgung (Salokangas, 2004; Vartiainen, 2008).

Das finnische Gesundheitswesen wird zum größten Teil aus Steuern finanziert, nur zu einem kleineren Teil über ein Sozialversicherungssystem (Kela). Die Kommunen erheben eine Einkommenssteuer und erhalten zudem Subventionen vom Staat, um ihre Kos-



ten für die Gesundheitsversorgung, Bildung und Infrastruktur zu decken. Sie verfügen eigenverantwortlich über Art und Umfang der Investitionen.

9,1 % des finnischen BIP wurden 2012 in den Gesundheitssektor investiert, die Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf beliefen sich auf 3.497,5 US-Dollar. Mit diesen Zahlen liegt Finnland im Durchschnitt aller OECD-Länder (OECD, 2013).

### 1.3 Deinstitutionalisierung

Der Begriff der *Deinstitutionalisierung* (vom Lateinischen *de + instituere = aus + hin- bzw. hineinstellen*) ist die Übersetzung des Englischen „*deinstitutionalisation*“. Da es für den deutschen Begriff keine direkte Begriffsdefinition gibt, soll hier auf die Englische verwiesen werden. Bachrach (1996) definiert Deinstitutionalisierung als *“the replacement of long-stay psychiatric hospitals with smaller, less isolated community-based alternatives for the care of mentally ill individuals”* (Bachrach, 1996, S. 4). Diese Definition umfasst die zwei wesentlichen Punkte, die die Psychiatrie verändert haben:

- die Schließung der Anstaltspsychiatrien seit den 1960er Jahren und die damit verbundene (z.T.) massenhafte Entlassung der hospitalisierten Patienten und
- den folgenden enormen Auf- und Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen, mit dem Ziel, die Patienten in die Gemeinschaft zu integrieren (Turner, 2004).

Auf den weltweiten Prozess der Deinstitutionalisierung wird im Folgenden kurz eingegangen. Wie dieser Prozess speziell in Deutschland und Finnland vonstattengegangen ist, wird in Kapitel 3.2 dieser Arbeit ausführlich beschrieben.

Mitte des 19. Jahrhunderts begann in ganz Europa die Einrichtung von Anstaltspsychiatrien, welche bis Mitte des 20. Jahrhunderts weltweit Standard waren. In diesen sogenannten Großkrankenhäusern, welche meist weit außerhalb der Städte lagen, lebten insbesondere chronisch psychisch kranke Patienten oftmals mehrere Jahre und Jahr-

zehnte (Hoff, 2008; Turner, 2004). Nach dem Zweiten Weltkrieg begann ein Umdenken in der Psychiatrie, wobei den angelsächsischen Ländern (vor allem den USA und Großbritannien) hierbei eine Pionierrolle zugeschrieben werden kann. Die Zustände und Lebensbedingungen der Patienten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern wurden als unmenschlich angesehen und – zusammenfallend mit anderen Menschenrechtsprotesten jener Zeit – heftigst kritisiert. Im Zuge dessen wurden seit den 1950er Jahren nach und nach in den westlichen Industrienationen die Großkrankenhäuser aufgelöst und es wurde begonnen, eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung aufzubauen, da diese als menschlicher, therapeutisch wirkungsvoller sowie kostengünstiger erachtet wurde (Bachrach, 1976). Diese Entwicklung bezeichnet man als Deinstitutionalisierung.

## **2. Konzeptionelle Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen**

Dieses Kapitel beschreibt das für die Forschung dieser Arbeit angewendete methodische Vorgehen, welches sich auf die qualitative Sozialforschung stützt. Zunächst wird auf das Verständnis qualitativer Forschung eingegangen. Außerdem werden die eingesetzte Untersuchungsmethode und ihre konkrete Anwendung auf das Thema dieser Arbeit beschrieben.

### **2.1 Qualitative Forschung**

Mit der vorliegenden Arbeit soll anhand qualitativer Methoden der Sozialforschung die Situation der Versorgung psychiatrischer Patienten in Deutschland und Finnland vergleichend untersucht werden.

Qualitative Sozialforschung dient der Rekonstruktion und Beschreibung der sozialen Wirklichkeit (Atteslander, 2008). Sie kann „*soziale Probleme differenziert und im zeitlichen Verlauf beobachten*“ (Weischer, 2007, S. 16). Gläser und Laudel (2009) weisen darauf hin, dass qualitative Methoden den Besonderheiten des Untersuchungsgebietes – Interpretationen menschlichen Denken und Handelns – besonders entsprechen. Ziel ist die Interpretation sozialer Sachverhalte und nicht die Standardisierung der gewonnenen Informationen, was die qualitative von der quantitativen Sozialforschung unterscheidet.

### **Zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung**

Lamnek (2010) beschreibt sechs zentrale Elemente der qualitativen Sozialforschung:

- (1) Offenheit
- (2) Forschung als Kommunikation
- (3) Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand
- (4) Reflexivität von Gegenstand und Analyse
- (5) Flexibilität
- (6) Explikation

Das Prinzip der Offenheit dem Untersuchungsgegenstand gegenüber erklärt sich aus dem Wunsch der qualitativen Sozialforschung, keine Informationen durch zuvor festgelegte Hypothesen und standardisierte Erhebungsmethoden übersehen zu wollen. Die Offenheit soll verhindern, dass Informationen nicht erfasst werden, weil sie durch das Raster der Informationsbeschaffung fallen könnten (Lamnek, 2010). Hoffmann-Riem (1980) sieht in der Offenheit gar das wichtigste Prinzip der Sozialforschung.

Offenheit bedeutet, dass der Forscher während des Forschungsprozesses für neue Ideen und Aspekte seines Forschungsgegenstandes aufgeschlossen bleiben muss und nicht durch vorgefertigte Thesen mögliche Erweiterungen ausschließt (Reichertz, 2009, Abs. 27). Der Forscher muss sich vorinformieren, jedoch ist es essentiell, dass sich Hypothesen und Methoden im Forschungsprozess „*erweitern, modifizieren, auch revidieren lassen*“ (Mayring, 2002, S. 28).

Der Ansatz qualitativer Sozialforschung, Kommunikation und Interaktion zwischen Untersuchung und Untersuchungsobjekt als Forschung zu verstehen, unterscheidet sich von dem der quantitativen Forschung, wo eine solche Interaktion als Störgröße gewertet wird. Forscher wie Forschungsobjekt und dessen Beteiligte sind subjektive Bestandteile des qualitativen Forschungsprozesses. Der Forschung und dem Forschungsgegenstand wird eine Prozesshaftigkeit zugesprochen, da beide als Kommunikations- und somit auch Interaktionsprozess verstanden werden und dadurch veränderlich sind. Der Forscher muss dem Forschungsgegenstand außerdem reflektiert begegnen, da sich sowohl Untersucher selbst als auch Untersuchungsgegenstand permanent entwickeln und verändern. Das Verstehen eines Tatbestandes setzt immer ein Vorwissen, bzw. Vorverständnis voraus und es wird immer an bereits bestehende Erfahrungen angeknüpft (Flick, 2010; Lamnek, 2010; Mayring, 2002).

Der Forscher muss während des gesamten Forschungsprozesses in seinem Vorgehen flexibel sein, neue Aspekte in die Forschung aufnehmen und somit auch sein Vorverständnis stets an den aktuellen Stand der Forschung anpassen. Lamnek (2010) spricht von einem anfangs weiten und sich im Forschungsverlauf zuspitzendem Blickwinkel.

Die Explikation schließlich dient der Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses. Der Forscher hat die Einzelschritte der Untersuchung offenzulegen, sowie die einzelnen

Schritte der Ergebnisanalyse und -interpretation darzustellen, um sie für andere nachvollziehbar zu machen. Es ist kaum zu vermeiden, dass die gesamte Untersuchung durch den Standpunkt des Forschers gekennzeichnet ist. Durch Offenlegung des Vorverständnisses des Forschers kann die Interpretation der Untersuchung jedoch auch für andere nachvollziehbar gemacht werden (Lamnek, 2010; Ulich, 1972).

## **2.2 Auswahl der Methode**

Wie in Kapitel 1 erläutert, ist das Ziel dieser Arbeit die Beschreibung der psychiatrischen Versorgungssysteme Deutschlands und Finnlands. Struktur und Entwicklung der Systeme sind anhand einer Literatur- und Quellenauswertung erfasst. Darüber hinaus ist von Interesse, wie Akteure der psychiatrischen Versorgungslandschaften beider Länder den Aufbau und die Funktionsweise der Systeme wahrnehmen und beurteilen, wo sie Stärken und Schwachstellen sehen. Für diese Informationen werden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt um das Spezialwissen der Experten zu aquirieren. Mit diesem erhofft sich der Forscher die formulierten Forschungsfragen beantworten zu können (Bogner, 2009). Ausgewertet werden die Interviews nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse.

### **2.2.1 Literaturrecherche und Dokumentenanalyse**

Um einen Überblick über die aktuellen Gegebenheiten und Probleme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wie auch in Finnland zu erhalten, wird eine systematische Literaturrecherche vorgenommen, die die online-Datenbanken medline, pubmed und google scholar umfasst. Weitere Literatur wird durch Auswertung der Referenzverzeichnisse ausgewählter Quellen, sowie durch Expertenempfehlungen und Sekundärliteratur gefunden. Die Literatúrauswahl wird hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz zu den Themen

- Entwicklung der Psychiatrie seit 1950
- Deinstitutionalisierungsprozess

- Rechtliche Grundlagen
- Aufbau und Organisation der Gesundheitssysteme
- Finanzierung der Psychiatrie

gesichtet und analysiert.

### 2.2.2 Das Experteninterview

Es stellt sich zunächst die Frage, wer als Experte gelten kann. Deeke (1995, S. 7 f.) beschreibt Experten als „*Personen [...], die in Hinblick auf einen interessanten Sachverhalt als <Sachverständige> in besonderer Weise kompetent sind*“. Gläser und Laudel (2009, S. 11) bezeichnen Experten als „*Angehörige einer Funktionselite, die [aufgrund ihrer Position] über besonderes Wissen verfügen*“. Ein Experte ist also ein Interviewpartner mit Spezialwissen und Experteninterviews sind die zu wählende Methode, um dieses Wissen zu eruieren (Gläser und Laudel, 2009). Somit ist zum einem vom Untersuchungsziel abhängig, wer als Interviewpartner in Frage kommt. Außerdem wird dem Experten sein Expertenstatus gewissermaßen vom Forscher zugeschrieben, da dieser entscheidet, wer als Interviewpartner in Frage kommt.

Experteninterviews dienen der Rekonstruktion sozialer Sachverhalte durch Befragung von Personen, die aufgrund ihrer Tätigkeit oder Beteiligung spezifisches Wissen über diese Sachverhalte erworben haben.

In der Methodenliteratur werden i.d.R. drei verschiedene Typen des Experteninterviews benannt:

- (1) Exploratives Experteninterview
- (2) Systematisierendes Experteninterview
- (3) Theoriegenerierendes Experteninterview (Bogner, 2009, S. 64 ff.).

Die in dieser Arbeit angewandte Form des *systematischen Experteninterviews* zielt auf die Teilhabe am exklusiven Handlungs- und Erfahrungswissen der befragten Experten ab.

Der Interviewleitfaden teilt sich auf in kennnisgewinnende Fragen, die das spezifische Wissen des Experten erschließen sollen, um die durch Literaturrecherche gewonnenen Kenntnisse zu Aufbau, Funktion und historischer Entwicklung der psychiatrischen Versorgung zu ergänzen; sowie Fragen, bei denen der Experte aufgrund seines Spezialwissens und persönlicher Erfahrungen als „Ratgeber“ fungiert und präzise Einschätzungen zu bestimmten Themen gibt (Bogner, 2009).

### **2.2.3 Auswahl der Interviewpartner**

Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde darauf geachtet, ein möglichst breites Spektrum verschiedenartig tätiger Experten zu wählen, um verschiedene Standpunkte zu erhalten. Die Stichprobenzahl mit  $n = 18$  in Deutschland und  $n = 17$  in Finnland ist zu gering, als dass die Auswahl der Experten sowie ihre Meinungen als repräsentativ gewertet werden könnten. Dies ist jedoch auch nicht das Ziel qualitativer Forschung (Lamnek, 2010).

Für diese Arbeit werden in beiden Ländern Personen als Interviewpartner ausgewählt, die im Bereich der Versorgung psychiatrischer Patienten arbeiten, vornehmlich in ranghohen bzw. leitenden Positionen, so dass ein Überblick über die gesamte Thematik zu erwarten ist. Ermittelt wurden die Personen einerseits durch gezielte Internetrecherche, aber auch durch persönliche Empfehlungen anderer Experten, sowie nach Lektüre verschiedener Fachartikel, in denen sich die Autoren als Experten der Thematik auswiesen.

In Deutschland wurden 25 potenzielle Interviewkandidaten per Email kontaktiert und zwei Experten per Telefon, wovon 18 positive Rückmeldungen kamen, die zu einem Interview führten. Das ergibt eine Antwortquote von 72 %.

In Finnland wurden 27 potenzielle Interviewkandidaten per E-Mail kontaktiert und ebenfalls 18 positive Antworten kamen zurück. Das ergibt eine Rückmeldequote von 66,6 %. Durchgeführt wurden letztlich 16 Interviews, da eines aus Zeitgründen abgesagt werden musste und bei einem Interview zwei Experten gleichzeitig anwesend waren.

Patienten und Angehörige wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht interviewt. Ziel der Arbeit ist es eine umfassende Darstellung der psychiatrischen Versorgungssysteme zu

erhalten und es sind v.a. im System agierende Experten, von denen solch umfangreiche Kenntnis zu erwarten ist. Jedoch kamen in beiden Ländern einige Patienteninteressen vertretende Experten zu Wort, welche z.T. patienteneinbezogene Studien verfasst haben.

#### **2.2.4 Das Leitfadeninterview**

Leitfadeninterviews sind eine geeignete Methode, um Zugang zu subjektiven Sichtweisen zu bekommen (Lamnek, 2010), weshalb sie für diese Untersuchung ausgewählt worden sind.

Interviewleitfäden sind teilstrukturiert (Atteslander, 2008). Dies bedeutet, dass ein durch Vorwissen generierter Gesprächsleitfaden Fragen zu wichtigen Aspekten beinhaltet, die in jedem Interview beantwortet werden müssen, um die Vergleichbarkeit sicherzustellen. Die Reihenfolge wie auch die Fragenformulierung können jedoch von Interview zu Interview variieren. Nachfragen sind erlaubt und oft auch notwendig, um die Antwort zu verstehen oder zu vervollständigen. Es handelt sich bei Interviewleitfäden also um eine „*Richtschnur, die die unbedingt zu stellenden Fragen enthält*“ (Gläser und Laudel, 2009, S. 42), welche allerdings flexibel abgearbeitet werden können.

Zwar wird der Experte durch solch einen Gesprächsleitfaden auf gewisse Themen hingelenkt, jedoch ist dennoch das Merkmal der Offenheit der Fragen gegeben, d.h. die Fragen werden offen gestellt und dem Interviewten werden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Dies führt dazu, dass der Befragte seine ganz eigenen subjektiven Erlebnisse und Deutungen darlegen kann, ohne vom Interviewer in eine bestimmte Richtung gelenkt worden zu sein (Kohli, 1978). Somit ist außerdem gewährleistet, dass neue Ideen und Ansätze in einem Interview erzeugt und aufgegriffen werden können.



## 2.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Im September 2010 fanden zwei Probeinterviews als Pretest statt. Darin wurde der zeitliche Ablauf erprobt und der Leitfaden auf Validität und Durchführbarkeit getestet. Einige Fragen wurden daraufhin revidiert.

Durchgeführt wurden die Interviews zwischen September 2010 und Februar 2011 in Deutschland und Finnland. Die Treffen fanden in beiden Ländern zum überwiegenden Teil in den Büros bzw. an den Arbeitsplätzen der Interviewpartner statt; drei Interviews in Finnland wurden in öffentlichen Räumlichkeiten durchgeführt, weitere zwei Interviews in den Privaträumen der Experten. Eine tabellarische Übersicht zu den Interviewpartnern findet sich im Anhang.

### 2.3.1 Erstellung des Leitfadeninterviews

Auf der Grundlage konzeptioneller Vorüberlegungen entsteht eine Liste aus Leitfragen (vgl. Anhang). Diese umfasst Themen, die von der Autorin als das Wissen betrachtet werden, welches *„beschafft werden muss um die Forschungsfrage zu beantworten“* (Gläser und Laudel, 2009, S. 91). Jedem Interview liegt ein Basisleitfaden zugrunde, mit Hilfe dessen alle wichtigen Themenkomplexe abgearbeitet werden können, ohne jedoch eine zwingende Reihenfolge festzulegen und somit den Gesprächsfluss zu stören (Gläser und Laudel 2009). Am Ende eines jeden Interviews wird den Experten außerdem die Möglichkeit gegeben, dem Interview etwas hinzuzufügen, was aus ihrer Sicht für die Thematik von hoher Relevanz ist und noch nicht angesprochen wurde.

Es wurde im Vorfeld recherchiert, welche Faktoren auf die psychiatrische Versorgung eines Landes besonders großen Einfluss haben. Die Themen

- Struktur und Aufbau des Gesundheitswesens
- Historische Entwicklung
- Gesetzliche Grundlagen
- Finanzierung
- Personelle Besetzung

- Stimmung der Allgemeinbevölkerung

kristallisierten sich als Schwerpunkte heraus und werden schließlich in den Interviews systematisch abgefragt. Außerdem wird jeder Interviewpartner gefragt, wo er die derzeit größten Probleme der psychiatrischen Versorgung seines Landes sieht. Soweit möglich, werden alle Themen bei jedem Interviewpartner angesprochen.

Wie durch Seipel und Rieker (2003) empfohlen, werden erzählstimulierende Eingangsfragen gewählt, um den Einstieg zu gewährleisten, die von den Befragten aus ihrem individuellen Erfahrungsschatz und subjektiven Erlebnissen leicht beantwortet werden können. Mayring (2002) beschreibt zwei weitere Fragekategorien für Interviewleitfäden: *Leitfragen* mit den wesentlichen Fragestellungen, die die wichtigsten Themen des Interviews abarbeiten. *Ad-hoc-Fragen* sind spontane Fragen des Interviewers, um auf nicht im Leitfaden formulierte, aber vom Experten angesprochene Themen eingehen zu können.

Grundsätzlich zu unterscheiden sind außerdem Faktfragen, die auf bestimmtes Wissen des Interviewpartners abzielen, sowie Meinungsfragen, um die Bewertungen und Eindrücke des Akteurs zu ermitteln (Gläser und Laudel 2009).

### **2.3.2 Interviewsituationen**

Bis auf eine Ausnahme in Finnland sind alle Interviews als Einzelinterviews durchgeführt worden. Die Interviews erfolgten allesamt „face-to-face“ und waren auf eine Dauer von ca. 60 min angelegt. Aufgrund des offenen Charakters des Interviewleitfadens variierte die Dauer jedoch zwischen den einzelnen Experten.

In Deutschland wurden alle Interviews auf Deutsch geführt, in Finnland erfolgten alle Interviews in Englisch.

Alle Interviews wurden nach Einverständnis der Interviewpartner digital aufgezeichnet und später transkribiert.

## 2.4 Materialaufbereitung

Die transkribierten Interviews enthalten die auszuwertenden Rohdaten. Qualitative Forschungsergebnisse sind jedoch stets mit „*prinzipiellen Unschärfen behaftet*“ (Gläser und Laudel, 2009, S. 43). Vor Beginn der Auswertung ist teilweise nicht einmal sicher, ob das auszuwertende Interview überhaupt relevante Informationen enthält. Nach Gläser und Laudel (2009) ist diese Unschärfe jedoch gewollt, da sie auf das Prinzip der Offenheit zurückzuführen ist.

Somit ergibt sich bei der Auswertung das Problem, dass „unscharfes“ Datenmaterial ausgewertet werden muss, welches widersprüchliche, unlogische oder eben auch gar keine verwertbaren Informationen enthalten kann.

### 2.4.1 Transkription

Zur Protokollierung des Materials werden die durchgeführten Interviewaufzeichnungen vollständig transkribiert (siehe Anhang) und anonymisiert. Da die „*inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht*“ (Mayring, 2002, S. 91) werden die Texte in normales Schriftdeutsch übertragen und sprachlich geglättet. Nicht-verbale Äußerungen werden nur notiert, wenn sie einen inhaltlichen Bezug haben.

### 2.4.2 Vorgehensweise bei der Analyse

Die Analyse der transkribierten Interviews erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse. Diese ist ein „*regelgeleitetes und systematisches Verfahren*“ (Gläser und Laudel, 2009, S. 204), welches das gesamte Material systematisch gleichberechtigt untersucht. Die Inhaltsanalyse muss immer dem Material angepasst werden. Weiterhin betont Mayring (2010) die Wichtigkeit der Regelfestlegung und Theoriegeleitetheit der Analyse, was die qualitative Inhaltsanalyse von einer freien Interpretation unterscheidet und wichtig für die Nachvollziehbarkeit der Analyse ist.

Grundlage qualitativer Inhaltsanalyse ist die Bildung von Kategorien (Flick, 2010, S. 409). Die Kategorien entstehen aus theoretischen Vorüberlegungen, so dass „*die Analyse einer präzisen theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgt*“ (Mayring, 2010, S. 57). Somit entstehen die Kategorien aus den Fragekomplexen, welche zu Beginn der Untersuchung festgelegt worden sind (vgl. Kapitel 3.2.1).

Das Material wird schrittweise zerlegt und nacheinander bearbeitet. Die Kategorien legen die Aspekte bzw. Variablen fest, die theoriegeleitet aus dem Material herausgearbeitet werden sollen (Mayring, 2002). Die Entwicklung des Kategoriensystems entsteht im Wechselverhältnis zwischen Theorie und dem Interviewmaterial. Mayring (2010) beschreibt außerdem die Strukturierung als das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse, welches sich für Experteninterviews am besten eignet. Die Strukturierung erfolgt durch das Herausfiltern von Informationen aus dem Material anhand vorher festgelegter Ordnungskriterien. Die Struktur, die aus dem Material herausgefiltert werden soll, wird in Form des Kategoriensystems an das Material herangetragen. Mayring (2010) betont die Wichtigkeit eines Probedurchlaufs, anhand welchem genau geprüft werden soll, ob die entwickelten Kategorien greifen. Eine spätere Änderung oder Anpassung des Kategoriensystems sieht er nicht vor.

Gläser und Laudel (2009) hingegen plädieren für eine offenere Herangehensweise an das Kategoriensystem. Auch bei ihnen baut das Kategoriensystem auf theoretischen Vorüberlegungen auf. Die oben beschriebenen aus „*theoretischen Vorüberlegungen abgeleiteten Variablen*“ (Gläser und Laudel, 2009, S. 204) bilden die Grundlagen und Ausgangspunkte für die Auswertungskategorien, wodurch die Verbindung zu den Forschungsfragen entsteht, die mit Hilfe der Interviews beantwortet werden sollen. Im Gegensatz zu Mayring (2010) sprechen Gläser und Laudel (2009) sich jedoch für eine gewisse Flexibilität in der Herangehensweise an das Kategoriensystem aus. Das bedeutet, dass ein Probedurchgang nicht erforderlich ist, da auch während der Extraktion Kategorien verändert und angepasst werden können, falls sich während der Materialdurchsicht relevante Informationen finden, die in keine der bisherigen Kategorien passen. Dimensionen können verändert und neue Kategorien konstruiert werden, wodurch verhindert wird, dass Informationen verloren gehen, die in keine bisherige Kategorie passen, aber dennoch von Bedeutung für die Untersuchung sind. Die Entfernung einer entwickelten

Kategorie wird jedoch abgelehnt, damit sichergestellt ist, dass die theoretischen Vorüberlegungen nicht aus der Auswertung verschwinden (Gläser und Laudel, 2009). Die Herangehensweise von Gläser und Laudel (2009) wird für die vorliegende Arbeit genutzt, da sie eine größere Flexibilität bei der Bearbeitung des Materials zulässt. Ein Pretest wird dennoch durchgeführt.

Gläser und Laudel (2009) sehen im theoriegeleiteten Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse einen Vorzug. Es wird ein auf theoretischen Vorüberlegungen basierendes Suchraster erstellt, mit dessen Hilfe die benötigten Informationen aus dem Text gefiltert werden. Gläser und Laudel (2009) beschreiben dieses Verfahren als Extraktion. Es wird also eine Informationsbasis geschaffen, die nur zur Beantwortung der Forschungsfrage relevante Informationen enthält (Gläser und Laudel, 2009). Trotz aller theoretischen Vorüberlegungen und regelgeleitetem Vorgehen bleibt die Extraktion ein individuell geprägtes Verfahren, da sowohl die Relevanzmessung wie auch die Kategoriezuordnung individuelle Interpretationsschritte sind. Die ausführliche Dokumentation der einzelnen Schritte soll jedoch eine Nachvollziehbarkeit garantieren.

Nach der Extraktion werden die Rohdaten aufbereitet, d.h. auf Redundanzen und Widersprüche geprüft, später zusammengefasst und offensichtliche Fehler korrigiert. Auch dieses Vorgehen ist von der subjektiven Einschätzung des Forschers geprägt. Als Ergebnis präsentiert sich eine strukturierte Informationsbasis aus den empirischen Daten, die mit den Forschungsfragen korrespondiert. In dieser Informationsbasis wird später nach Kausalmechanismen gesucht (Gläser und Laudel, 2009). Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen ( $n = 34$ ) wird jeder einzelne Kausalmechanismus identifiziert und anschließend vergleichend analysiert.

Mayring (2010) betont darüber hinaus, dass auch ein quantitativer Faktor, nämlich die Häufigkeit der Nennung einer bestimmten Kategorie, ihre Bedeutung aufzeigen kann.

Als Codiereinheit wird eine Antwort festgelegt.

Die Analyse erfolgt zweimal. Einmal werden alle Interviews nach inhaltlichen Informationen durchsucht und in einem zweiten Durchgang werden auf Bewertungen gefiltert. Diese zweite Analyse erfolgt mit Hilfe von Wortlisten, mit denen nach positiven, neutralen und negativen Begriffen gesucht wird und so die Bewertungen eingeteilt werden können.

Diese werden später ausgezählt um damit Tendenzen in der allgemeinen Meinung bzw. Einschätzung geben zu können.

## 2.5 Kritische Methodenreflexion

Das beschriebene methodische Vorgehen zur Durchführung und Auswertung der Interviews wird in dieser Arbeit umgesetzt. Jedoch gibt es einige Einschränkungen bei der Durchführung von Interviews. Flick (2007) beschreibt die Schwierigkeit, überhaupt den „richtigen“ Experten zu finden und diesen dann auch noch für das Interview zu gewinnen (S. 218). Ein weiteres Problem ergibt sich aus den unterschiedlichen „Qualitäten“ der Interviewpartner, welche von der Autorin im Vorhinein nicht beurteilt werden konnten, welche aber zweifelsohne Auswirkungen auf die Untersuchung haben und somit die Vergleichbarkeit der Aussagen erschweren (Bogner, 2009).

Die Suche nach Experten erwies sich in Finnland als einfacher als in Deutschland, da das finnische Gesundheitswesen zentralistisch organisiert ist und entsprechende Zuständigkeiten auch zum Großteil zentral gebündelt in einer Organisation zu finden sind. In Deutschland hingegen gibt es aufgrund der föderalistischen Struktur keine Behörde, die sich auf Bundesebene mit der psychiatrischen Versorgung befasst. Somit waren zum einen in Finnland potenzielle Ansprechpartner leichter zu ermitteln und haben zum anderen – sofern die Autorin das beurteilen kann – auch meist einen besseren Gesamtüberblick über die Situation des psychiatrischen Versorgungssystems, als die deutschen Interviewpartner. Die deutschen Experten verfügen oft über unterschiedliche Schwerpunktthemen, wodurch nicht immer alle Fragen und Themen in einem Interview gleichwertig beantwortet werden konnten. Die deutschen Interviewpartner sind zudem zum überwiegenden Teil auf lokaler oder kommunaler Ebene tätig, weswegen ihr Blick auf die Gegebenheiten sich meist auf ihr geographisches Zuständigkeitsgebiet beschränkt und eine Aussage bzw. Einschätzung für Geschehnisse auf Bundesebene oftmals nicht möglich war.

Während in Finnland bis auf einen Interviewpartner alle einen medizinischen Hintergrund haben, so ist in Deutschland das Spektrum der Qualifikationen weit gefächert.

Neben dem ärztlichen Beruf haben die Interviewpartner einen psychologischen, soziologischen, (sozial-) pädagogischen oder ökonomischen Hintergrund. Dies bringt zu einem ein vielfältigeres Spektrum an Wissen und Ansichten hervor, die Vergleichbarkeit der deutschen und finnischen Interviews ist dadurch jedoch etwas erschwert. Bei der Durchführung einiger Interviews in Deutschland wie in Finnland, stellte sich zudem teilweise heraus, dass einige Experten nicht das erhoffte Wissen aufweisen konnten.

Eine mögliche Einschränkung der Aussagekraft der finnischen Interviews ist dadurch gegeben, dass die Interviews auf Englisch geführt wurden, welches von keiner beteiligten Partei die Muttersprache ist. Auch wenn das sprachliche Niveau der Experten gut bis sehr gut ist, lässt sich nicht ausschließen, dass einige Informationen und Aussagen nicht gänzlich vermittelt werden konnten und es zu Kommunikationsfehlern zwischen der Autorin und den finnischen Interviewpartnern kommt.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1 Strukturen und Unterschiede in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland und Finnland**

##### **3.1.1 Deutschland**

###### **3.1.1.1 Organisation**

Die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland findet, je nach Bedürftigkeit des Patienten, Schwere der Erkrankung und Erreichbarkeit einer Einrichtung, im ambulanten, teilstationären, sowie im stationären Bereich statt. Dies wird durch Leistungen im Komplementärsektor ergänzt. Das Versorgungssystem psychiatrischer Patienten in Deutschland wird immer wieder als sehr zergliedert beschrieben – bezogen auf die Trennung stationär/ambulant, und die Finanzierung und Organisation unterschiedlicher Hilfen durch verschiedene Träger. Dieses Problem erschwert die Kooperation der Institutionen und ist oft benannt, sowohl in der Literatur (u.a. Berger, 2004; Deister et al., 2004), wie auch bei den Interviewpartnern (D7, D9, D13, D14, D16, D17).

Die Organisation der psychiatrischen Versorgung in Deutschland folgt im Wesentlichen den Strukturen der allgemeinen Gesundheitsversorgung.

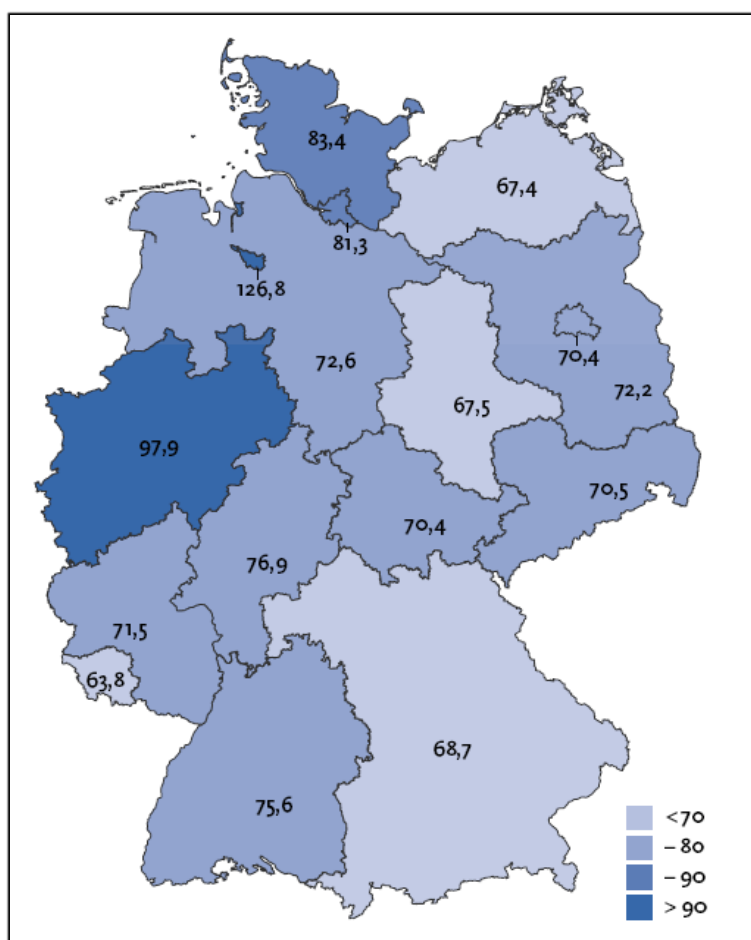
So gibt der Staat (Bundesministerium für Gesundheit, Bundestag und Bundesrat) die Gesetzgebung vor, in deren Rahmen die Psychiatrie agiert und Entscheidungen treffen kann. Gesetze, die großen Einfluss auf die deutsche Psychiatrie hatten und immer noch haben, sind insbesondere die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV, 1990), welche den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie regelt und das Psychotherapeutengesetz (PsychThG, 1999), das die Ausübung von Psychotherapie durch Psychotherapeuten regelt. Bis 2021 wird zudem schrittweise ein neues Entgeltsystem (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik, PEPP) eingeführt, welches die derzeitigen Fehlanreize zur stationären Behandlung beheben soll (D16, D18; Kunze et al., 2013).

Auf der Ebene der Bundesländer werden u.a. Unterbringung, Schutz und Hilfen von psychisch Kranken geregelt. Die Gesetze werden meistens als Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG), bzw. Unterbringungsgesetze, bezeichnet und unterscheiden sich



von Bundesland zu Bundesland, sind sich in ihrem Grundinhalt jedoch sehr ähnlich. Unterschiede gibt es u.a. bei der Benachrichtigungszeitspanne des Gerichts im Falle einer unfreiwilligen Einweisung der Patienten, welche zwischen 24 Stunden und 3 Tagen liegen (z.B. PsychKG LSA, 1992; SächsPsychKG, 2007; UBG Baden-Württemberg, 1992).

Die Planung für den stationären Bereich und den öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt den Ländern. Dies bedeutet, dass jedes Bundesland sogenannte Krankenhauspläne erstellt, in denen die Anzahl zur Verfügung stehender (u.a. psychiatrischer und psychosomatischer) stationärer und tagesstationärer Betten festgelegt wird, sowie deren Verteilung auf die (psychiatrischen) Krankenhäuser bzw. einzelne Abteilungen. Somit kommt es z.T. zu erheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Abbildung 1).



**Abb. 1:** Betten je 100.000 Einwohner (erwachsene Durchschnittsbevölkerung ab 18 Jahre im Jahr 2004) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in der Krankenhausbehandlung nach Bundesländern; Quelle: Schulz et al. 2008

Die ambulante psychiatrische Versorgung wird überwiegend über die Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt (KVen), welche im Wesentlichen den Bundesländern entsprechend gegliedert sind (Ausnahme NRW: hier gibt es zwei Landschaftsverbände). Ihnen gehören alle Ärzte und Psychotherapeuten an, welche zur Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassen sind. Sie stehen zwischen den Ärzten und den gesetzlichen Krankenkassen und tragen zur Trennung von ambulantem und stationärem Sektor in Deutschland bei (Busse und Riesberg, 2005). Die KVen regeln die Anzahl der zugelassenen Kassenarztsitze pro Region und Fachgebiet und beeinflussen so maßgeblich die ambulante Versorgung und Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten.

Die Kommunen wiederum sind u.a. verpflichtet für die psychiatrische Versorgung ihrer Bürger zu sorgen. So sind sie verantwortlich für die Psychiatrieplanung in ihrem Gebiet, welche die ambulant-komplementäre Versorgung psychisch kranker Menschen umfasst und auf gemeindepsychiatrischen Prinzipien beruht (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2011). Diese wird zum Großteil von den Sozialkassen und Wohlfahrtsverbänden getragen. Unter der Obhut der Kommunen sind nach PsychKG bspw. die psychosozialen Gemeindezentren und die sozialpsychiatrischen Dienste, welche als niedrigschwellige Angebote im Komplementärbereich den Menschen zur Verfügung stehen. In einigen Bundesländern (z.B. in Berlin) werden auch die psychiatrischen Krisendienste von den Kommunen getragen (D14, D15). Die kommunale Selbstverwaltung lässt den Kommunen bei diesen Aufgaben eine gewisse Freiheit zur Weiterentwicklung und Feinabstimmung in Bezug auf lokale Bedürfnisse und Besonderheiten.

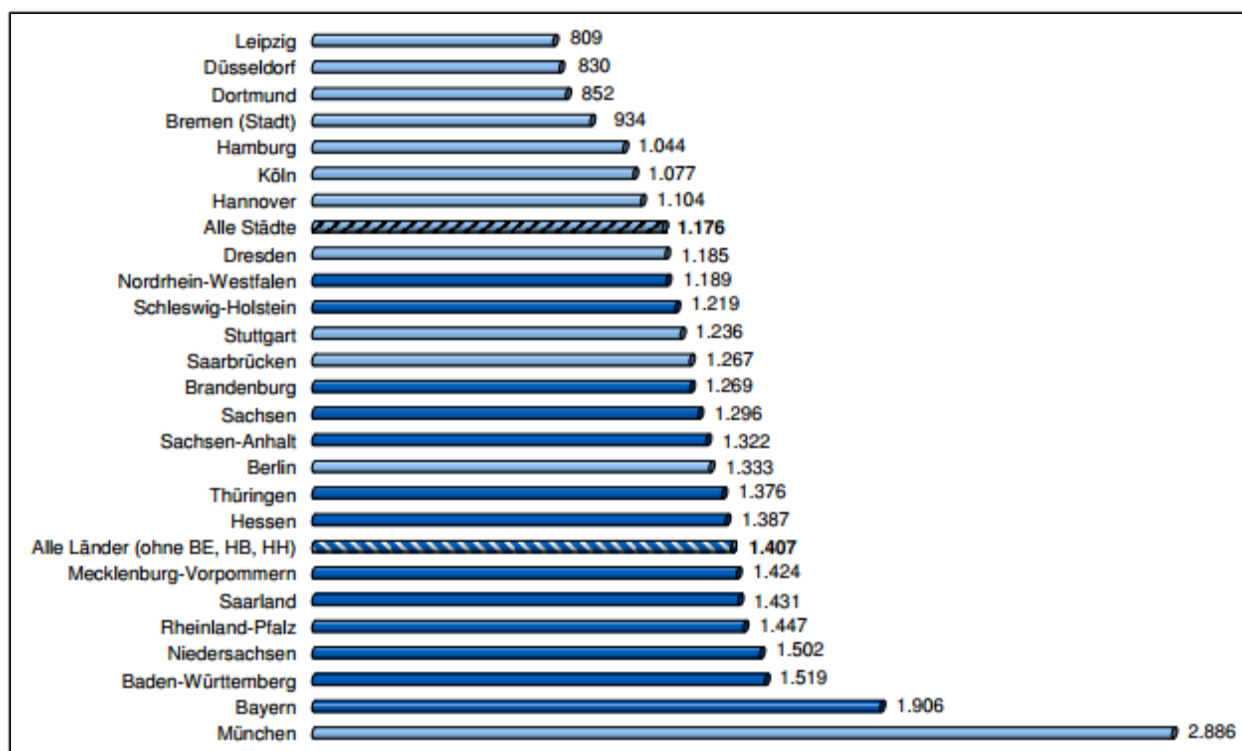
### **3.1.1.2 Stationäre Versorgung**

Nach wie vor existieren in Deutschland psychiatrische Kliniken bzw. Fachkrankenhäuser, zudem gibt es psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Laut der GMK (2007) liegt der stationäre Behandlungsschwerpunkt psychischer Erkrankungen mit 62 % jedoch nach wie vor bei den psychiatrischen Fachkliniken, welche auch mehr Betten führen als die Abteilungspsychiatrien. 2007 gab es in Deutschland 217 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und ebenfalls 217 psychiatrische Fachkrankenhäuser (mit zum allergrößten Teil weniger als 200 Betten), wobei in Städten

und Ballungsräumen die Abteilungspsychiatrien zahlenmäßig überwiegen (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007). Insgesamt gab es 2010 in Deutschland 40.292 Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern, was einen leichten Anstieg zu den vorherigen Jahren bedeutet (2001: 36.438 Betten, 2005: 38.869 Betten, 2008: 39.072 Betten) (Eurostat, 2012; OECD, 2011a). Das ergibt für 2010 eine Dichte von 0,49 Betten pro 1.000 Einwohner, womit Deutschland im internationalen Vergleich einen recht niedrigen Wert belegt (OECD, 2011a, 2011b).

Andere Quellen besagen, dass es 2007 ca. 55.000 stationäre Betten für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland gab, was einer Bettendichte von ca. 0,67 Betten pro 1.000 Einwohner entspricht (Statistisches Bundesamt, 2011b). Das ist im internationalen Vergleich immer noch ein recht niedriger Wert (Nagel und Braasch, 2007). Eine ähnliche Angabe (0,64 Betten pro 1.000 Einwohner im Jahre 2004) findet sich auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Schulz et al., 2008). Diese Angaben finden sich beide in der Literatur, ohne dass deutlich wird, woher die unterschiedlichen Daten rühren. Die Begrifflichkeiten „Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern“, sowie „stationäre Betten für Psychiatrie und Psychotherapie“ werden in den genannten Quellen nicht definiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich um unterschiedliche Abgrenzungen handelt. Um eine Vergleichbarkeit (mit Finnland und anderen Ländern) zu erhalten, bezieht sich diese Arbeit auf den Wert der Europäischen Kommission bzw. der OECD (0,49 Betten pro 100.000 Einwohner).

Die Versorgungsdichte von psychiatrischen Betten variiert innerhalb Deutschlands recht stark im Stadt-Land-Vergleich und ist in urbanen Regionen deutlich höher als in ländlich geprägten Regionen bzw. Bundesländern, wie Abbildung 2 zeigt:



**Abb. 2:** Zahl der Einwohner für die ein vollstationäres Bett oder ein teilstationärer Platz in Krankenhäusern oder Abteilungen zur Verfügung steht; Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007

Laut Statistischem Bundesamt betrug die durchschnittliche stationäre Verweildauer psychiatrischer Patienten 2004 in Fachkliniken knapp 25 Tage, was einem Rückgang von 16 Tagen innerhalb von 10 Jahren bedeutet (aus Spießl et al., 2006). Mehr zu dieser Entwicklung folgt in Kapitel 3.2.1. 2009 lag die durchschnittliche stationäre Liegedauer psychiatrischer Patienten bei 23 Tagen. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie werden 41 Tage angegeben, die damit ähnlich hoch liegt wie in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin (39,5 Tage) (Statistisches Bundesamt, 2011b).

In Deutschland gilt zudem eine wohnortnahe Sektorsierung für die stationäre psychiatrische Behandlung. Das heißt, dass ein Patient in der Regel wohnortabhängig einer Klinik zugewiesen wird und nur, wenn die Kapazitäten es ermöglichen, der Patient sich eventuell in einer anderen Einrichtung behandeln lassen kann (D14, D15, D17).

In einigen Krankenhäusern gibt es für den stationären psychiatrischen Bereich Wartezeiten und Wartelisten, da Stationen z.T. deutlich über die üblichen 90 % ausgelastet sind

(D7, D17). Dies ist kurzfristig nicht zu ändern, da die Kliniken an die Krankenhausplanung der Länder gebunden sind.

### **3.1.1.3 Teilstationäre Versorgung**

Die tagesklinische psychiatrische Versorgung hat in Deutschland in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Tageskliniken sind teilstationäre Einrichtungen, d.h. eine Behandlung und Versorgung der Patienten findet nur tagsüber (oder nur nachts) in den Räumlichkeiten der Klinik statt. Dies hilft den Patienten eine gewisse Selbstständigkeit zu bewahren. Seit Beginn der 2000er Jahre ist eine sprunghafte Zunahme von tagesklinischen Plätzen zu verzeichnen – oftmals im Gegenzug zum Abbau von vollstationären Betten – sowohl in den Fachkliniken, als auch an den Fachabteilungen. Die tagesklinische Behandlung hat sich in Deutschland *„qualitativ und quantitativ (...) im Vergleich zu jedem anderen Land erstaunlich entwickelt und (konnte) zu einem Standard in der Behandlung fast aller psychischen Störungen reifen“* (Eikelmann, 2010, S. 356). Vorteilhaft an dieser Form der mehrheitlichen Versorgung ist die Behandlung der Patienten in Wohnortsnähe, sowie der Vorzug der Akutbehandlung außerhalb eines Krankenhauses. Außerdem werden tagesklinische bzw. teilstationäre Einrichtungen als kostengünstig und profitabel angesehen. In großen Städten und Ballungsgebieten sind sie oftmals spezialisiert (gerontopsychiatrische Tageskliniken, Tageskliniken mit Suchtschwerpunkt etc.). Psychotherapie hat sich zu einem *„zentralen Aspekt der Identität deutscher Tageskliniken“* entwickelt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Arbeitsintegration der Patienten (Eikelmann, 2010).

Ca. 10 % der zur stationären psychiatrischen Behandlung vorgesehenen Patienten wird teilstationär behandelt, wobei dieser Anteil noch deutlich steigerbar ist. Im Jahr 2007 existierten in Deutschland 47 psychotherapeutisch-medizinische Tageseinrichtungen. Außerdem gibt es zahlreiche Tageskliniken zu Rehabilitationszwecken (wie Arbeitswiedereingliederung), welche von der Rentenversicherung getragen werden (Eikelmann, 2010). Für tagesklinische Plätze gibt es – je nach Region und Art der Tagesklinik – Wartezeiten von zwei bis sechs Monaten (D5, D17).

### 3.1.1.4 Ambulante Versorgung

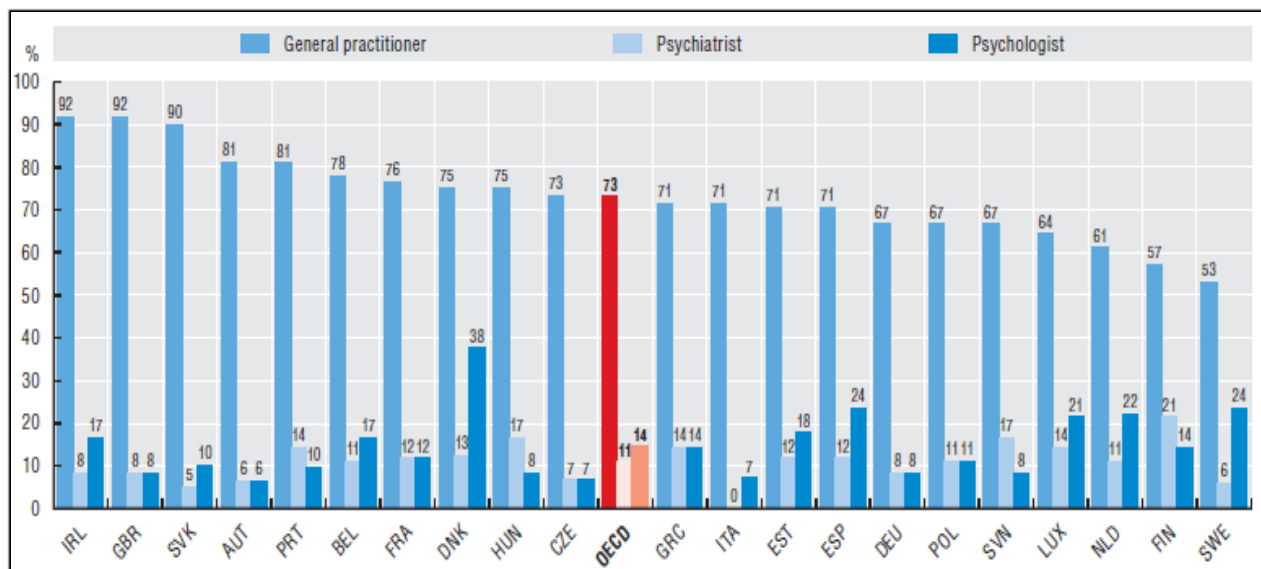
Die ambulante psychiatrische Versorgung in Deutschland findet über niedergelassene Psychiater und psychologische Psychotherapeuten, die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der Krankenhäuser, sowie über die sozialpsychiatrischen Dienste statt.

#### Niedergelassene Psychiater

Niedergelassene Fachärzte (und eben auch Psychiater) sind eine Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems, da (psychiatrisch) fachärztliche ambulante Leistungen in den meisten Ländern von angestellten Fachärzten im Krankenhaus erbracht werden (bpb, 2012).

*„Das sehe ich schon als großen Vorteil an, diesen Luxus zu haben einfach in der ambulanten Versorgung zum Facharzt zu gehen. (...) Das ist ein sehr sehr hoher Qualitätsanspruch, der bei uns umgesetzt wird. Das sucht in vielen Ländern seinesgleichen“. (D16)*

Trotz des gut ausgebauten Netzes an niedergelassenen Psychiatern ist der Hausarzt in Deutschland der häufigste Ansprechpartner für Patienten mit psychischen Problemen. Ca. zwei Drittel aller psychiatrischen Störungen werden beim Hausarzt konsultiert (vgl. Abbildung 3):



**Abb. 3:** Berufsgruppen, die bei psychischen Problemen konsultiert werden (ausgewählte EU Länder); Quelle OECD 2011a

Im niedergelassenen Bereich sind in Deutschland vertragsärztlich nach Sozialgesetzbuch (SGB) V die Facharztgruppen für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Nervenheilkunde für die Versorgung psychisch kranker Menschen zuständig. Diese Fachärzte werden bei der Bedarfsplanung der KVen zusammengerechnet. Zwei Interviewpartner nennen dies als Problem, da alle diese Facharztgruppen sich auf einen Kassensitz für Psychiatrie bewerben können. Da viele dieser Ärzte häufig dann aber nicht vollständig psychiatrisch arbeiten, entstehen Versorgungslücken, obwohl eine Region theoretisch nach Bedarfsplanung zu 100 % mit psychiatrisch ambulant tätigen Fachärzten versorgt ist (D5, D17, Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007).

Die Wartezeiten für ambulante psychiatrische Versorgung bzw. Psychotherapie hängen natürlich vom Versorgungsgrad ab, jedoch sind selbst in relativ gut versorgten Regionen *„Wartezeiten von mindestens drei Monaten bis zum Erstgespräch die Regel“* (D5). Eine niedergelassene psychologische Psychotherapeutin berichtet über Wartezeiten von ein bis anderthalb Jahren auf einen Therapieplatz (D2).

### **Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)**

Mittlerweile sind bundesweit flächendeckend psychiatrische Institutsambulanzen eingeführt worden. Sie sind stets einem Krankenhaus angegliedert und 2007 betrieben beinahe alle psychiatrisch tätigen Krankenhäuser auch eine PIA (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007). Sie sind an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. PIA an Fachkliniken sind für solche Patienten vorgesehen, *„die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“* (SGB V, 1988, § 118 Abs. 1), PIA an Allgemeinkrankenhäusern nur für erstere Patientengruppe (Abs. 2). Diese Einschränkung ist aber oft (gerade auf dem Land) aufgrund von fehlenden niedergelassenen Psychiatern nicht umsetzbar und führt zu Finanzierungsproblemen (D16). Konfliktpotenzial besteht außerdem in der Tatsache, dass sowohl niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, als auch die PIA in der vertragsärztlichen Versorgung stehen und die niedergelassenen Fachärzte die PIA oft als Konkurrenz betrachten, da sie aus dem gleichen Finanzierungsvolumen schöpfen (D4, D16, D18).

*„... bezogen aufs Geld, sind die PIA für uns schon eine Konkurrenz, weil wir Niedergelassenen der Überzeugung sind, dass wir tatsächlich effektiver arbeiten und für weniger Geld mehr Patienten versorgen“.* (D4)

In den Institutsambulanzen arbeiten neben Ärzten und Pflegeern auch Sozialarbeiter, Psychologen und Ergotherapeuten. Oft fangen die PIA Patienten in Akutkrisen auf, um eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Zudem betreuen viele auch Wohnheime und erledigen aufsuchende Dienste (D5, D8).

### **Sozialpsychiatrischer Dienst**

In den länderspezifischen PsychKGs (welche sich jedoch sehr ähneln) werden neben Zwangseinweisungen auch die Sozialpsychiatrischen Dienste geregelt. Diese werden in der Regel von einem Facharzt geleitet und sind für Vorsorge, Krisenintervention, psychosoziale Beratung und Nachsorge (nach stationärem Aufenthalt) psychisch kranker Menschen verantwortlich. Sie gehören zu den Pflichtaufgaben der Kreise und kreisfreien Städte und sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes (SächsPsychKG, 2007).

#### **3.1.1.5 Komplementäre Dienste**

*„Für die komplementäre und ambulante Versorgung gelten die Prinzipien, Hilfen möglichst gemeindenah und bedarfsdeckend anzubieten, der Ausgrenzung psychisch kranker, suchtkranker und behinderter Menschen entgegenzuwirken und soweit wie möglich Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln“* (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2012).

Die Komplementärversorgung in der Psychiatrie bezieht sich auf die nicht-medizinischen Bereiche der psychiatrischen Versorgung. Dazu gehören u.a. Hilfen sowohl bei der Bewältigung des täglichen Lebens, als auch in Krisenfällen, Wohnangebote, sowie Angebote für Arbeit und Freizeitgestaltung. Diese werden heute als integraler Bestandteil in der Betreuung psychisch Kranker, bzw. vor allem psychisch Behinderter – betrachtet, da sie die Betroffenen unterstützen wieder in ein geregeltes Leben zurückzufinden. All diese Hilfen sind Teil der Gemeindepsychiatrie, da sie sich auf eine Betreuung und Be-



handlung, sowie Reintegration der Betroffenen in die Gemeinschaft bzw. Gesellschaft konzentrieren (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007).

Da die Angebote auf Länder- bzw. kommunaler Ebene geregelt werden, unterscheiden sich Art und Aufbau der komplementären Dienste von Bundesland zu Bundesland.

## **Wohnen**

Für den Bereich Hilfen beim Wohnen gibt es verschiedene Angebote unterschiedlicher Intensität. Sie reichen vom ambulant betreuten Wohnen (Patient wohnt selbstständig und wird regelmäßig von Pflegern oder Sozialarbeitern besucht), bis hin zu stationären Wohnformen, die zumeist Heimcharakter haben. 2007 gab es in Deutschland im Bereich Wohnen immer noch mehr stationäre als ambulante Angebote für psychisch kranke Menschen (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007). Die GMK (2007) weist darauf hin, dass diese stationären Wohnformen ihre Notwendigkeit besitzen, man sich jedoch auch weiterhin bemühen sollte, ambulante Angebote weiter auszubauen, da sie selbstständigeres Leben ermöglichen. Schließlich *„sollte es über 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête (s. Kapitel 3.2.1.2) selbstverständlich sein, dass psychisch kranke Menschen das gleiche Recht wie somatisch kranke Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben in einer selbst gewählten privaten Umgebung haben und ihnen somit die Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht wird“* (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007, S. 43).

Deutschlandweite Zahlen zu Wohnangeboten für psychisch Kranke sind nicht vorhanden, da diese unter die Hoheit der Länder fallen. Der Zweite Sächsische Landespsychiatrieplan bspw. gibt für den Freistaat Sachsen 2011 eine Relation von 0,33 Plätzen in stationären psychiatrischen Pflegeheimen pro 1.000 Einwohner an. Für ambulant betreutes Wohnen werden 0,4 Plätze pro 1.000 Einwohner angegeben (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2011). Zum Vergleich: Deutschlandweit kamen 2010 in Krankenhäusern 0,5 psychiatrische Betten auf 1.000 Einwohner, in Sachsen 0,62 Betten pro 1.000 Einwohner.

## Arbeit und Freizeit

Je nach Bundesland gibt es unterschiedliche Angebote zur Alltagsgestaltung und Arbeitsintegration. Begegnungsstätten, wie bspw. die Sozialpsychiatrischen Zentren, existieren in vielen Städten und Gemeinden. Die Reintegration von psychisch Kranken und Behinderten auf den Arbeitsmarkt ist ein schwieriges Thema. Vor allem die Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt bedarf besonderer Unterstützung, aber mit entsprechender Unterstützung sind gute Erfolge auch hier möglich (D17, D18). Es gibt verschiedene Angebote, diese reichen von betreuten Tagesstätten, über Zuverdienstbetriebe, bis hin zu Maßnahmen der Berufsförderungs- und Bildungswerke. Häufiger ist jedoch eine Beschäftigung von psychisch Kranken bzw. seelisch Behinderten auf dem zweiten Arbeitsmarkt oder gar in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfMB) (D9). Kritisiert wird häufig das unzureichende Angebot an (geschützten) Arbeitsplätzen, sowie an einfachen Beschäftigungsmöglichkeiten für Betroffene, die zwar arbeiten können, aber nicht voll einsatzfähig sind (D9, D14, D15, D17).

In einer Studie aus Sachsen-Anhalt waren 1996-98 von 235,5 Plätzen/100.000 Einwohner für arbeitsähnliche Tätigkeiten lediglich 5,6 Plätze/100.000 Einwohner für Menschen mit seelischer Behinderung und/ oder Suchterkrankung reserviert. In Kontakt- und Beratungsstellen, bzw. tagesstrukturierenden Angeboten gab es 11 Plätze/100.000 Einwohner (Wetzig, 2004). Auch wenn in den letzten Jahren das Angebot vermehrt ausgebaut wurde, kritisiert die GMK die „*konzeptionelle und faktische Ratlosigkeit*“ (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007, S. 47) in diesem Bereich. Sie fordert ein intensiveres Angebot für Beschäftigungsmöglichkeiten (auch außerhalb des ersten Arbeitsmarktes) für psychisch Kranke.

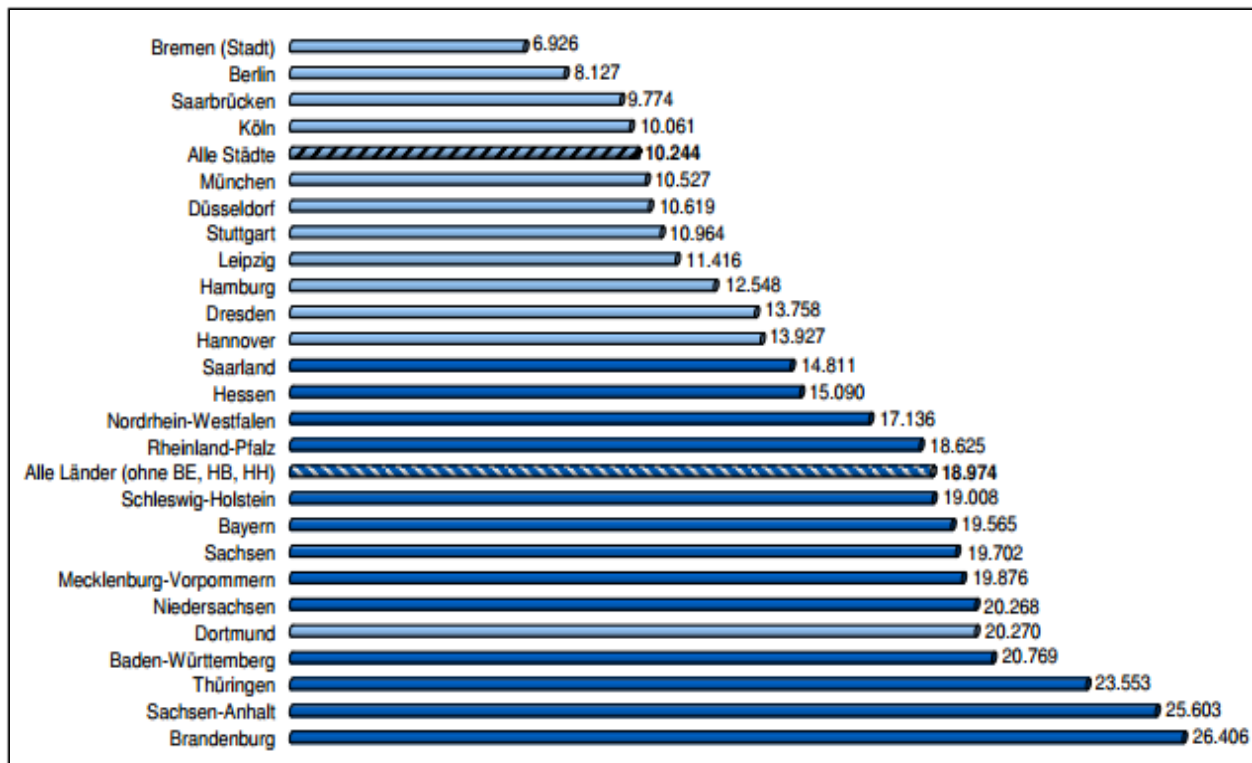
Die Angebote zur Arbeitsintegration werden häufig von Jobcentern und den Ländern kofinanziert (D15). Dennoch fanden laut einer Studie von Reker et al. (2000), welche Erhebungen über Arbeitsbeschaffende Programme in NRW zwischen 1991 und 1995 analysierte, lediglich 11 % der Betroffenen Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, weitere 67 % auf dem zweiten. 15 % blieben dauerhaft arbeitslos (Reker et al., 2000).

In den meisten Städten und Gemeinden Deutschlands gibt es vielfältige niedrighschwellige Angebote zur Alltagsgestaltung für psychisch kranke Menschen (welche sich in ihrer Art auch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden). Diese Tagesstätten oder Sozi-

alpsychiatrischen Zentren (SPZen) werden entweder von den kreisfreien Städten und Kreisen, häufig aber auch von Wohlfahrtsverbänden und gemeinnützigen Vereinen getragen. Sie bieten Kontaktmöglichkeiten für Betroffenen und Angehörige, üben eine vielfältige beratende Funktion aus, z.B. bei Fragen zu Wohnhilfen oder Rehabilitationsmöglichkeiten, fördern die Teilhabe der Patienten in der Gesellschaft und bieten auch Hilfen in Akutkrisenfällen an (D9; Das BOOT, 2012.; PSH Krefeld e.V., 2012). In den SPZen arbeiten verschiedenste Berufsgruppen, u.a. Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und auch psychiatrische Fachärzte, welche Hilfe in akuten Krisensituationen anbieten können (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007). In NRW ist ein SPZ für ca. 120.000 Einwohner zuständig (D9).

### **3.1.1.6 Personal**

Ende 2010 praktizierten in Deutschland 3.556 Fachärzte für Nervenheilkunde, 8.663 Psychiater und Psychotherapeuten, sowie 3.981 Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie. Somit nahmen 16.200 Ärzte an der direkten Versorgung psychisch erkrankter Menschen teil (ohne Kinder- und Jugendpsychiater) (BÄK, 2010). Dies entspricht einem Verhältnis von 19,75 Psychiatern und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner, womit Deutschland einen der vorderen Ränge im internationalen Vergleich einnimmt (OECD, 2011a). Dazu kommen ca. 35.000 psychologische Psychotherapeuten (42,7 pro 100.000 Einwohner), welche jedoch meist nur zu einem kleinen Teil psychiatrische Patienten behandeln (D2). Beide Gruppen verzeichnen seit einigen Jahren ein Wachstum (Statistisches Bundesamt, 2012a). Laut GMK ergibt dies für 2007 ein Verhältnis von 18.974 Einwohnern pro Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für die deutschen Flächenländer. Auf einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten kommen 4.776 Einwohner. Auch hier gibt es wieder große Unterschiede bei der Verteilung innerhalb Deutschlands und es wird ein deutliches Gefälle zwischen Flächenstaaten und den Städten deutlich (vgl. Abbildung 4).



**Abb. 4:** Zahl der Einwohner, für die ein Facharzt für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde zur Verfügung steht („Facharzt“); Quelle Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007

An der Versorgung psychiatrischer Patienten sind außerdem psychiatrische Krankenpfleger, Psychologen, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Sozialarbeiter und -pädagogen u.a. beteiligt.

### 3.1.1.7 Psychotherapie

Psychotherapie kann in Deutschland von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ausgeübt werden, sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ärztliche wie auch psychologische Psychotherapeuten arbeiten seit dem PsychThG von 1999 in der vertragsärztlichen Versorgung und nach den gleichen Behandlungsmethoden. Jedoch besteht nach wie vor eine Trennung zwischen ärztlicher und psychologischer Psychotherapie, welche sich auch in der unterschiedlichen Ausbildung von Psychiatern und Psychologen widerspiegelt. Die Approbation zum Kinder- und Jugendli-

chenpsychotherapeut kann auch von (Sozial-) Pädagogen erlangt werden (PsychThG 1999, Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007). Die Ausbildung zum psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dauert in Vollzeit mindestens drei Jahre und besteht aus theoretischen und praktischen Teilen, sowie Selbsterfahrungssitzungen.

Für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist Psychotherapie in eine fünfjährige Facharztausbildung vorgeschrieben. Jedoch besteht auch für andere Fachärzte die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Weiterbildung (pro Psychotherapie e.V., 2010). Während bei den Fachärzten heutzutage meistens die ausbildenden Kliniken einen Großteil der immensen Ausbildungskosten übernehmen (D5, D7, D8, D17, D18), müssen die psychologischen Psychotherapeuten ihre Ausbildung zum größten Teil selbst finanzieren (D1, D2).

### **3.1.1.8 Finanzierung**

Die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung entspricht im Wesentlichen der des gesamten deutschen Gesundheitssystems. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten der Institutionen für stationäre, ambulante, rehabilitative und komplementäre Angebote zeigen sich auch in der Finanzierung, da jede Ebene, bzw. jedes Angebot von einem anderen Träger unterhalten wird.

So sind die Krankenkassen für die Finanzierung der Akutpsychiatrie zuständig. Darunter fallen die stationäre psychiatrische Behandlung sowie die Finanzierung der ambulanten Krankenhausbehandlung in den PIA (SGB V, 1988, § 27, § 118). Auch im niedergelassenen Bereich bezahlen die Krankenkassen die ambulante Behandlung beim Psychiater und Psychotherapeuten. Auf dieser Ebene sind jedoch die KVen zwischengeschaltet, welche u.a. Zulassung und Vergütung der beteiligten Parteien regeln (SGB V 1988, § 72 und § 87b).

*„Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben“* – dazu zählen im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich Suchttherapien, Arbeitsintegrationsdienste, sowie psychotherapeutische Behandlungen (ambulant und stationär, insbesondere im Rahmen medizinischer und beruflicher Rehabilitation) – fallen unter

die Verantwortung der Rentenversicherung (SGB VI, 1989, § 15 und 16; SGB IX, 2001, § 26 - 29 und § 33).

Diese Teilung der Finanzierung führt insbesondere bei der Psychotherapie häufiger zu Unklarheiten, wie D8 betont:

*„Unser System, das der Akutpsychiatrie, wird überwiegend von Krankenkassen finanziert und die psychosomatische Medizin, die dann z.T. als rehabilitative Maßnahme gesehen wird, wird zu großen Teilen von der Rentenversicherung finanziert. (...) Die Krankenversicherungen tendieren z.T. dazu, Psychotherapie als Rehabilitationsleistung zu sehen und gar nicht als ihre eigene Aufgabe und dann eben sagen, dass sie es nicht aus ihrem Topf bezahlen wollen, sondern eben die Rentenversicherungsträger das bezahlen sollen. Und da beginnt dann die Schere sich aufzumachen. (...) Denn inhaltlich ist es schon so, dass wir auch in der Psychiatrie Psychotherapie machen. Bei den meisten Patienten ist Psychotherapie integraler Bestandteil der Behandlung und dann kann man es auch nicht trennen von der Psychosomatik.“ (D8)*

Die Sonderstellung der Psychosomatik als eigenständige Fachrichtung seit 1992 (damals noch „Psychotherapeutische Medizin“) ist eine Besonderheit im deutschen System. 2003 erfolgte die Umbenennung in Facharzt für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (DGPM e.V., 2012). Diese Trennung von der Psychiatrie ist ein Alleinstellungsmerkmal in Deutschland (D8).

Im komplementären Sektor fungieren häufig psychosoziale Hilfsvereine und Wohlfahrtsverbände als Träger der verschiedenen Angebote, wie beispielsweise der Kontakt- und Beratungsstellen, sowie der SPZen (D6, D9, D15). Darüber hinaus werden Leistungen wie (ambulant) Betreutes Wohnen und auch Wiedereingliederungshilfen nach dem SGB XII von örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe finanziert. *„Örtliche Träger der Sozialhilfe sind die kreisfreien Städte und die Kreise, soweit nicht nach Landesrecht etwas anderes bestimmt wird. (...) Die Länder bestimmen die überörtlichen Träger der Sozialhilfe“* (SGB XII, 2003, § 3, Abs. 2 und 3). Letztere sind die kommunalen Sozialverbände oder auch die Länder selbst.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beliefen sich 2008 die Krankheitskosten für Psychische und Verhaltensstörungen im deutschen Gesundheitswesen auf 28,6 Mrd. Euro, was fast 10 % der gesamten Krankheitskosten dieses Jahres beträgt (Statistisches Bundesamt, 2012b).

### **3.1.2 Finnland**

#### **3.1.2.1 Organisation**

Dem finnischen Staat, genauer dem Sozial- und Gesundheitsministerium, obliegt die allgemeine Planung, Führung und Überwachung psychischer Gesundheit. Die sechs regionalen Verwaltungsbehörden (*Regional State Administrative Agencies*) wiederum sind auf lokaler Ebene für diese Verantwortungsbereiche zuständig. Sie überwachen im Einzelnen den Gebrauch von Zwangseinweisungen und -behandlungen und werden von den nationalen Behörden bei verschiedenen Angelegenheiten beraten (Ministry of Social Affairs and Health, 1990, § 2). Außerdem bestimmt der *Mental Health Act* (1990) das Institut für Gesundheit und Gemeinwohl (THL) als die Fachstelle für die Belange psychischer Gesundheit. Die staatlichen Gesetze geben den Rahmen vor, in dem sich die psychiatrische Versorgung abzuspielen hat und weist den Gemeinden ihren Aufgaben und Verantwortung zu. Wie und mit welchen Mitteln diese konkret umgesetzt werden, obliegt dem Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Kommunen.

Der *Mental Health Act* (1990) betont das Primat ambulanten Versorgung, in der die Versorgung psychisch kranker Menschen stattfinden soll (§ 4), um die Selbstständigkeit der Patienten zu stärken. Die stationäre Behandlung in psychiatrischen Abteilungen ist lediglich für „schwierige Patienten“, bzw. schwierige Behandlungen und in Notfällen vorgesehen (§ 6, F1, F7).

Weiterhin sieht die Gesetzgebung eine Zusammenarbeit zwischen den Verwaltungen der Krankenhausbezirke und Gesundheitszentren mit den Sozialdiensten und Spezialversorgungsverbänden vor, um eine funktionierende Einheit der psychiatrischen Versorgung zu gewährleisten. Außerdem müssen jedem psychisch kranken Patienten rehabilitative Maßnahmen und Unterbringungsdienste zur Verfügung gestellt werden (Ministry of Social Affairs and Health, 2005, § 5).

Ebenfalls auf staatlicher Ebene geregelt ist der Umgang mit Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen (Ministry of Social Affairs and Health, 2005, § 8). Diese Regelungen gelten finnlandweit einheitlich, obwohl sich innerhalb Finnlands die Quoten für unfreiwillige Unterbringung doch deutlich unterscheiden (F1, F9). Das Gesetz schreibt eine Höchstdauer von drei Monaten vor, die ein Patient gegen seinen Willen behandelt, bzw. in Gewahrsam genommen werden darf. Soll die Behandlung (um weitere 3 Monate) verlängert werden, oder handelt es sich bei den Patienten um Minderjährige, ist ein Verwaltungsgericht hinzuzuschalten, welches über die Entscheidung urteilen muss (§ 12).

Das dem Gesundheitsministerium unterstehende THL hat eine Abteilung für psychische Gesundheit und Suchterkrankungen (*Department for Mental Health and Substance Abuse Services*). Es initiiert u.a. Programme zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker, wie das Projekt *Mieli 2009*. Verschiedene Arbeitsgruppen haben dort Vorschläge zur Verbesserung einzelner Umstände erarbeitet, wie bspw. einen einfacheren Zugang zu Hilfen für psychisch und suchtkranke Patienten, oder eine bessere Ausbildung medizinischen Personals in diesen Bereichen (Ministry of Social Affairs and Health, 2010c).

Die Um- bzw. Durchsetzung dieser Pläne und Ziele obliegt jedoch den Gemeinden, da, wie eingangs beschrieben, der Staat nur lenkend und beratend Einfluss nehmen kann, jedoch keine Sanktionen bei Nichteinhaltung verhängen darf. Angesprochen auf die Umsetzung des Plans *Mieli 2009* berichten zwei Interviewpartner, dass viele Gemeinden jedoch gerne die Hinweise und Vorschläge der staatlichen Institutionen, wie dem THL, annehmen, da vielen Kommunen das Expertenwissen im Umgang mit psychiatrischer Versorgung fehlt (F10, F13).

### **Drei Stufen der Versorgung**

Wie in der allgemeinen Gesundheitsversorgung Finnlands liegt auch bei der psychiatrischen Versorgung der Fokus auf der ambulanten Behandlung der Patienten und die Verantwortung hierfür bei den Gemeinden. Das heißt, dass nach dem *Primary Health Care Act* (1972) psychische Gesundheit – in Vorsorge wie in Behandlung – soweit wie möglich auf der Ebene der kommunalen Gesundheitszentren (PHCCs) zu gewährleisten



ist (Ministry of Social Affairs and Health, 1972, § 13, Abs. 2a). Das Gesundheitsministerium entwirft Richtlinien für psychische Gesundheit und hat somit nur lenkenden Einfluss auf die Umsetzung (World Health Organization. Dept. of Mental Health, Substance Abuse, 2005).

*„Primary health care means public health services provided by local authorities, health promotion, and any related provision of health counselling and health checks, (...) mental health services, and substance abuse services, where these are not covered by social services or specialised medical care“.* (Ministry of Social Affairs and Health 2010a, § 2, Abs. 3)

Um die spezialisierte bzw. fachärztliche Versorgung für psychisch Kranke auf dem *secondary level of care* zu sichern, sind die Gemeinden in *hospital districts* organisiert. In den lokalen Krankenhäusern findet sowohl ambulante, als auch stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung statt. Während auf der Ebene der Grundversorgung häufig Allgemeinärzte die Behandlung übernehmen, so begeben sich die Patienten in der *specialised care* in die Hände von Psychiatern.

Die fünf Universitätspsychiatrien in Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio und Oulu schließlich bilden die dritte Stufe der Versorgung, auf welcher fachärztliche Spitzenversorgung, Forschung und studentische Lehre stattfinden. Jeder der 20 Krankenhausbezirke Finnlands ist dem Einzugsgebiet einer der fünf Universitäten zugeteilt.

### **3.1.2.2 Stationäre Versorgung**

Anfang dieses Jahrtausends gab es in Finnland 60 psychiatrische Fachkrankenhäuser oder psychiatrische Fachabteilungen an Kliniken, die meisten von ihnen mit weniger als 100 Betten (Nenonen, 2000). Psychisch kranke Patienten sollen nur dann stationär aufgenommen werden, wenn die Behandlung besonders *„gefährlich oder schwierig“* ist (Ministry of Social Affairs and Health, 1990, § 6, Abs. 1) und diese im ambulanten Bereich nicht mehr gewährleistet werden kann (F7).

Stationäre psychiatrische Behandlung erfolgt in den Regional- und Zentralkrankenhäusern, sowie in den Universitätskliniken. Einige Gesundheitszentren bieten zudem Akut-

betten an, wo Patienten in Krisensituation über Nacht bleiben können, ohne direkt in die Klinik eingewiesen zu werden. Außerdem bieten die Krankenhäuser neben dem Auffangen von Akutkrisen auch ambulante Unterstützung an und stellen Stationen für längere Rehabilitationsphasen zur Verfügung. Neben allgemeinspsychiatrischen Stationen gibt es natürlich auch Spezialabteilungen z.B. für Kinder und Jugendliche (Pirkola et al., 2005; F5, F7).

2010 gab es in Finnland noch 4.026 Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern (Eurostat, 2012). Damit kamen 0,8 Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege auf 1.000 Einwohner, womit das Land etwas über dem OECD-Durchschnitt von 0,62 psychiatrischen Betten auf 1.000 Einwohner liegt (OECD, 2011a).

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer auf psychiatrischen Stationen in Finnland hat sich zwischen 1997 und 2008 von durchschnittlich 49,2 Tagen auf 33,8 Tage reduziert. 2010 war indes wieder ein Anstieg auf 35,1 Tage zu verzeichnen. Auch bei der Einberechnung aller Stationen, auf denen psychiatrische Patienten behandelt wurden, stieg die durchschnittliche Verweildauer von 25,2 Tage im Jahre 2008 wieder leicht an, auf 26,8 Tage 2010. Allerdings gibt es auch hier erhebliche Unterschiede innerhalb Finnlands. So schwanken die durchschnittlichen Behandlungstage zwischen 19,5 in Pohjois-Savo (Nord-Savo) und 37,4 Tagen in Kymenlaakso (Stakes, 2011).

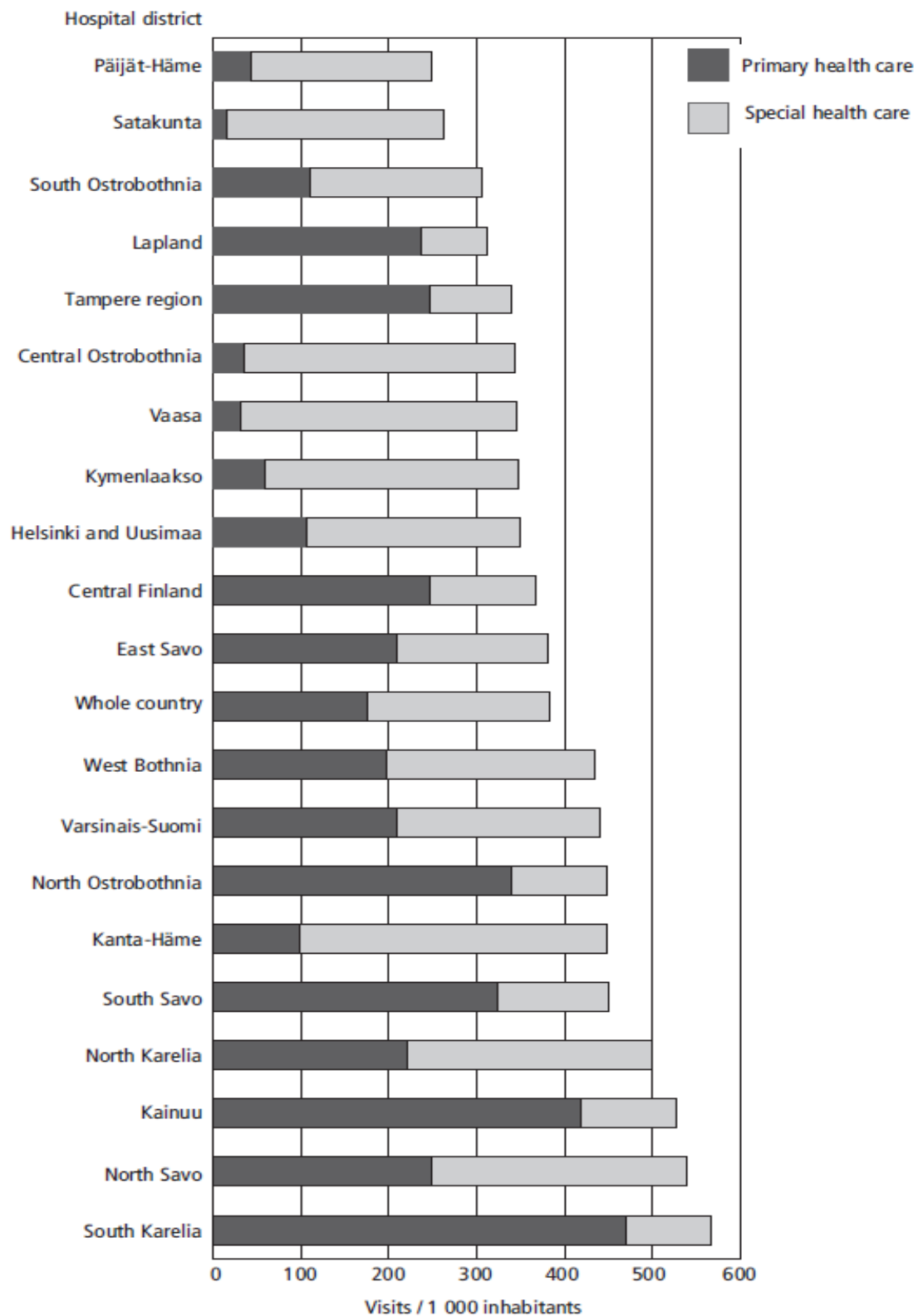
### **3.1.2.3 Ambulante Versorgung**

Die Sicherstellung psychischer Gesundheit ist Teil der Grundversorgung Finnlands und wird zunächst auf der ersten, der primären Ebene durch die Gesundheitszentren gewährleistet, welche für leichte und, so ist es vorgesehen, auch für schwerere ambulante Fälle Sorge zu tragen haben. Gleiches gilt auch für die Akutversorgung (WHO, 2005). In manchen Gemeinden gibt es sogenannte *Community Mental Health Centers* (CHMC), welche zur Primärversorgung gehören und die psychiatrischen Dienste ihrer Gemeinde sicherstellen. Kann eine Gemeinde die psychiatrische Versorgung in ihrem Gesundheitszentrum nicht gewährleisten, so kann sie einen Gemeindeverbund bilden oder auch diese Dienste von anderen Gemeinden oder privaten Anbietern kaufen (Salokangas, 2004).

Die personelle Ausstattung der Gesundheitszentren hängt sehr von den örtlichen Gegebenheiten ab. In Gesundheitszentren der größeren Städte arbeiten mehrere Ärzte, häufig auch Fachärzte und unter ihnen auch Psychiater. Darüber hinaus sind in einigen dieser Zentren auch Psychologen und Fachschwestern (z.B. *depression nurses*) tätig, welche psychiatrische Versorgung auch in der Grundversorgung sichern. In kleineren Gesundheitszentren – vor allem in abgelegeneren Gegenden Nord- und Ostfinnlands – arbeiten häufig nur eine Schwester und ein (Allgemein-) Arzt. In einigen Kommunen fehlt sogar letzterer (F2, F7). Dieser Personalmangel erschwert eine fachgerechte Behandlung erheblich (Salokangas, 2004). Aufgrund dessen gibt es bereits Zusammenschlüsse einiger Kommunen, die die (psychische) Gesundheitsversorgung nun zusammen verwalten und ausführen (F1, F9, F10).

Darüber hinaus findet ambulante psychiatrische Behandlung auch auf der sekundären Versorgungsebene statt (*specialised care*): in den Ambulanzen der Krankenhäuser. In diesen psychiatrischen Ambulanzen arbeiten Psychiater, Psychologen und psychiatrisch ausgebildetes Pflegepersonal. Deren Dienste werden häufig durch die Arbeit von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern u.a. ergänzt. In diesen psychiatrischen Ambulanzen wird neben der medikamentösen Behandlung viel psychotherapeutisch gearbeitet (F2).

Nach einem Bericht des THL entfielen 2010 57 % aller ambulanten psychiatrischen Arztbesuche auf den primären Gesundheitssektor. Der restlichen Konsultationen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) fanden auf der zweiten oder dritten Versorgungsebene statt, also in den psychiatrischen Ambulanzen der Krankenhäuser (THL, 2011a, 2011b). Diese Quote variiert jedoch innerhalb Finnlands stark (vgl. Abbildung 5).



**Abb. 5:** Ambulante Behandlungen psychischer Erkrankungen in den *hospital districts*, aufgeteilt in *primary health care* und *special health care* (an Krankenhäusern erbrachte Leistungen); Quelle: Pirkola et al., 2005

Dies liegt auch daran, dass die Organisation der ambulanten Behandlung psychischer Erkrankungen zwischen den Gemeinden sehr unterschiedlich ist. In einigen Kommunen wird sie von den Gemeinden selbst gestellt, während sie anderswo Teil der *specialised care* ist, welche von den Krankenhausbezirken gestellt wird. (Pirkola et al., 2005).

Ambulante psychiatrische Behandlung im Bereich der Grund- und spezialisierten Versorgung hat in den letzten 20 Jahren stetig zugenommen. Zwischen 1997 und 2008 verdoppelten sich die Besuche von ca. 330.000 auf ca. 660.000 pro Jahr. Davon entfielen 2009 im Primärbereich lediglich 14 % der Kontakte auf einen Besuch der Patienten bei einem Arzt, während der überwiegende Teil der psychisch erkrankten Patienten im Primärbereich mit anderen Berufen (vor allem Krankenschwestern, aber auch Psychologen, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten etc.) in Kontakt war. Im Bereich der ambulanten *specialised health care* wurden 2010 gut 1.574.000 Besuche gezählt, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit eingeschlossen. Die Gesamtanzahl der Besuche ambulanter medizinischer Einrichtungen aufgrund psychiatrischer Beschwerden hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen (Stakes, 2011).

Es gibt in Finnland sogenannte *psychiatric outpatient teams*, welche meist der psychiatrischen Ambulanz einer Klinik oder auch Rehabilitationseinrichtungen angehören. Sie kümmern sich u.a. um aus dem Krankenhaus entlassene Patienten in ihrem Krankenhausdistrikt, aber auch um Patienten, die in Heimen leben. Es handelt sich in der Regel um multiprofessionelle Teams (teilweise auch einzelne Personen), die aufsuchende Hausbesuche erledigen und die Patienten in deren gewohnter Umgebung betreuen (F8; Salokangas et al., 2002).

#### **3.1.2.4 Komplementäre Versorgung**

Die psychiatrische Versorgung umfasst auch rehabilitative Einrichtungen. Dazu gehören die verschiedenen Formen des betreuten Wohnens (psychiatrische Wohnheime, Übergangswohnheime, ambulant betreutes Wohnen, betreute Wohngemeinschaften in Wohnheimen u.a.), genauso wie *day centres*: soziale Treffpunkte für Betroffene, die dem gemeinsamen Austausch dienen, sowie Werkstätten für psychisch Behinderte (Salokangas, 2004). Diese Dienste und Einrichtungen werden heute zum überwiegenden

Teil von privaten Dienstleistern getragen, da diese Aufgaben aufgrund steigender Kosten von den Kommunen an Außenstehende übertragen wurden (Hämäläinen, 2010).

## **Wohnen**

Seit den 1990er Jahren hat es in Finnland eine deutliche Zunahme an betreuten Wohneinrichtungen für psychisch Kranke gegeben, eine Tatsache, die von vielen Seiten auch kritisiert wird (F6, F11, F13, F16). So stieg die Anzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen, die in betreuten Wohnverhältnissen leben, seit 1995 von 1.880 auf 7.212 im Jahr 2010. 90 % der Klienten leben dabei in Einrichtungen privater Träger, welche auch den größten Zuwachs verzeichnen. So lebten 1995 knapp 900 Menschen in privaten Einrichtungen (ca. die Hälfte aller Personen in psychiatrischen Pflegeheimen), während es 2010 bereits 6544 Personen waren (Stakes, 2011). Somit kommen in Finnland etwa 1,35 Betten in psychiatrischen Pflegeheimen auf 1.000 Einwohner. Bei stationären Betten in Krankenhäusern betrug diese Relation im Jahr 2010 0,8 pro 1.000 Einwohner.

Diese Entwicklung wird zum einen kritisiert, weil durch die verschiedenen (privaten) Anbieter große Unterschiede hinsichtlich der Qualität entstehen, welche sich nur schwer kontrollieren lassen. Zum anderen stehen diesen 7.063 Betten in außerklinischen Institutionen lediglich 4.267 Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern gegenüber (Eurostat, 2012). Manche der finnischen Experten sprechen lediglich von Ent- bzw. Umhospitalisierung und nicht von Deinstitutionalisierung, da viele Menschen mit chronisch psychischer Behinderung trotz Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin in betreuten Einrichtungen leben (F6, F11, F13, F16).

Darüber hinaus gibt es auch in Finnland Einrichtungen ambulant betreuten Wohnens, so dass für Patienten die Möglichkeit besteht, in den eigenen vier Wänden zu leben. Die Betreuung wird in der Regel von Krankenschwestern und Pflegern, aber auch von Sozialarbeitern oder gar ganzen *outpatient teams* übernommen (F8, F12).

## **Arbeit und Freizeit**

In Finnland existiert das Programm *Finnish Work Integration Social Enterprises* (WISEs). Seit den 1990er Jahren gibt es soziale Arbeitsgenossenschaften für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, die u.a. von der *Finnish Association of Mental Health* unterstützt werden. Diese Kooperativen sind häufig Unternehmen mit mehreren Beteiligten, wie lokalen Gewerkschaften, Einwohnervereinen oder auch lokalen Banken. Sie sind im ganzen Land verteilt und wurden oftmals von den Betroffenen selbst gegründet.

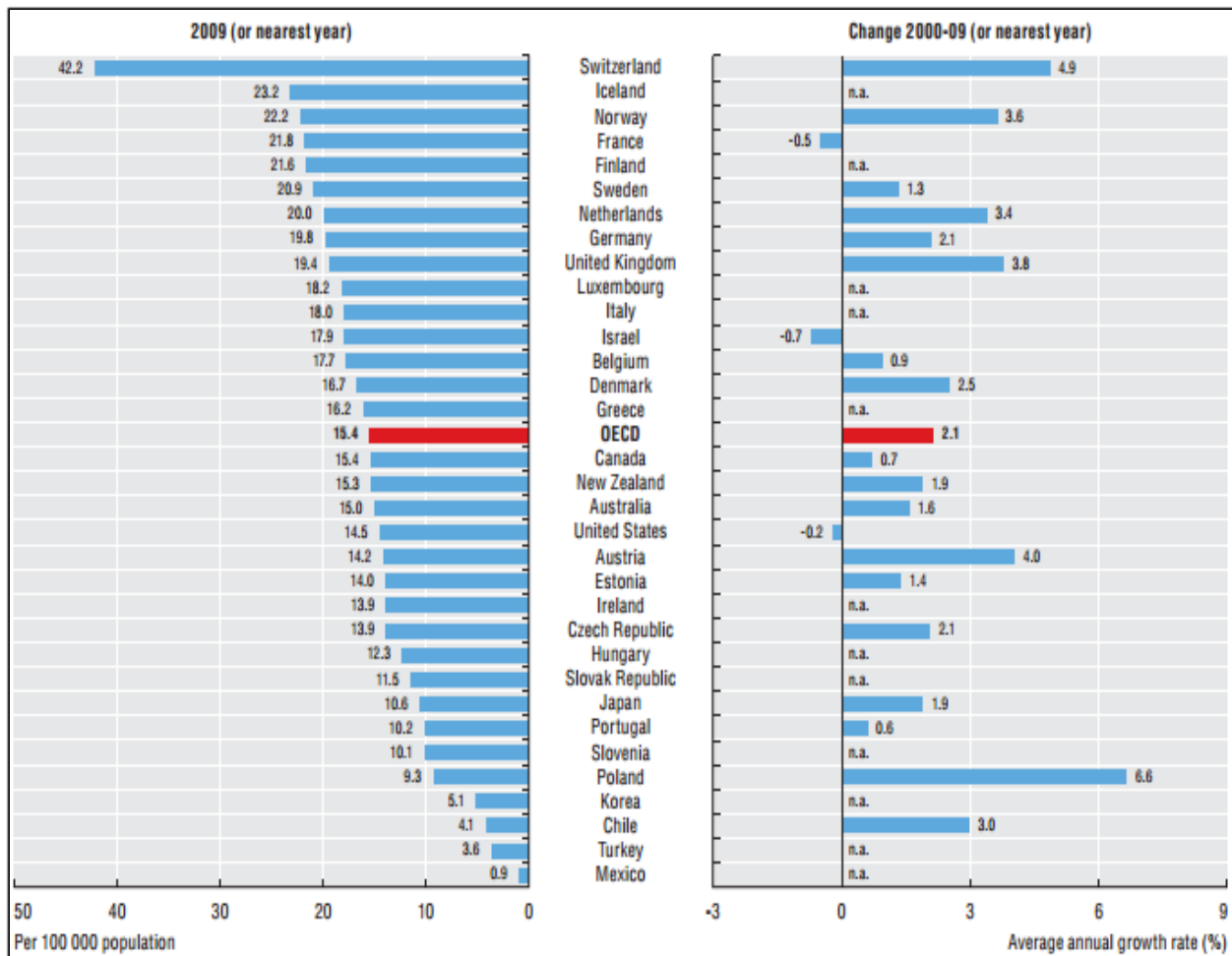
Des Weiteren bestehen Zentren für Sozialarbeit, welche in der Regel den Gemeinden oder gemeindefinanzierten Organisationen gehören und von ihnen finanziert werden. In diesen Zentren findet berufliche Rehabilitation statt und können Menschen aus- und fortgebildet werden. Es werden Beratungsmöglichkeiten offeriert sowie geschützte Arbeitsplätze mit Lohnzuschüssen angeboten bzw. vermittelt (Pättiniemi, 2004). Die Arbeitsgenossenschaften und Sozialfirmen finanzieren sich zu einem Teil selbst durch Einnahmen, sowie durch Subventionierungen und Spenden.

Wie auch in Deutschland wurden in Finnland Begegnungsstätten und Tageskliniken für psychisch kranke/behinderte Menschen aufgebaut. Sie sind meist in den größeren Städten und Gemeinden zu finden und dienen sowohl als Kontakt- und Beratungsstellen, als auch als Therapiezentren. Je nach Größe und personeller Ausstattung der Zentren werden neben Ergotherapie oder gruppenpsychotherapeutische Sitzungen auch verschiedene Freizeitaktivitäten angeboten (F1).

### **3.1.2.5 Personal**

In der finnischen Psychiatrie sind – im ambulanten wie im stationären Sektor – neben Psychiatern auch Psychologen, psychiatrische Krankenpfleger, sowie Sozialarbeiter, Ergotherapeuten etc. tätig.

Laut OECD arbeiteten 2009 in Finnland 1.155 Psychiater, das entspricht etwa 22 Psychiatern auf 100.000 Einwohner. Finnland belegt damit im OECD-Vergleich den 5. Platz und liegt deutlich über dem Durchschnitt von 15,4/100.000 Einwohner (vgl. Abbildung 6).



**Abb. 6:** Anzahl der Psychiater pro 100.000 Einwohner im Jahr 2009 (links) und Veränderungen zwischen 2000 und 2009 (rechts); Quelle: OECD 2011a, S. 71

Diese Zahlen sind seit einigen Jahren relativ konstant (OECD, 2012b), variieren jedoch enorm innerhalb Finnlands. Vor allem in den ländlichen Gegenden herrscht nicht nur ein Mangel an Ärzten insgesamt, sondern auch an Psychiatern (F1, F2, F7, F8, F11, F12). So gibt es in einigen Regionen alternative Modelle, in denen andere Berufsgruppen (v.a. Pflegepersonal) verstärkt die Versorgung und Behandlung psychiatrischer Patienten eingebunden sind (F8).

### 3.1.2.6 Psychotherapie

Psychotherapie wird in Finnland sowohl von öffentlicher Seite (Gesundheitszentren, sowie ambulante und stationäre Psychotherapie in den Krankenhäusern), als auch privat



angeboten (in privaten Gesundheitszentren, oder in Privatpraxen). Laut Aussagen eines Interviewpartners, werden nur die wirklich schweren Fälle von öffentlichen Einrichtungen behandelt, während der überwiegende Teil in privaten Räumen stattfindet (F7).

Die Ausbildung zum Psychotherapeuten ist für verschiedene Berufsgruppen möglich. Neben Ärzten und Psychologen können auch Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Lehrer oder Pfarrer diese Zusatzausbildung erlangen. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Ausbildung zum Psychotherapeuten dauert zusätzlich 3 - 4 Jahren, meistens unter der Leitung von Krankenhäusern bzw. Gesundheitsbezirken (F1, F8; Sonnenmoser, 2012).

In Finnland arbeiteten 2011 ca. 4.500 Psychotherapeuten. Damit kommen 86,5 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner.

### **3.1.2.7 Finanzierung**

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in Finnland ist steuerfinanziert und (wie auch die Verwaltung) stark dezentralisiert organisiert. Den Gemeinden werden vom Staat monetäre Mittel aus Steuereinnahmen zugewiesen, abhängig von ihrer Einwohnerzahl, sowie Alter und Krankheitsstand der Bevölkerung (F1). Mit den ihnen zur Verfügung stehenden Finanzen müssen die Kommunen eine gesundheitliche (und somit auch psychiatrische) Grundversorgung gewährleisten. In welchem Umfang dies geschieht und wie viel Geld sie für Gesundheit und davon für die Psychiatrie ausgeben wollen, bleibt den Kommunen selbst überlassen. Kann eine Kommune diese Grundversorgung (bspw. aufgrund Personalmangels) nicht sicherstellen, so ist es möglich diese Leistungen von anderen Gemeinden oder auch privaten Anbietern einzukaufen (F10, F15).

Da die Krankenhauspsychiatrien (Abteilungspsychiatrien, Fach- und Universitätskrankenhäuser) (anteilig) durch die Gemeinden finanziert werden, haben die Kommunen auch direkten Einfluss darauf, wie die vorhandenen Ressourcen für psychiatrische Versorgung ausgegeben und verteilt werden (F1, F12).

Komplementäre psychiatrische Angebote werden entweder von den Gemeinden bzw. gemeinnützigen Vereinen getragen oder sehr häufig auch von privaten Anbietern. Dies

ist bei den betreuten Wohneinrichtungen häufig der Fall (s. Punkt *Wohnen*) und auch bei Suchtkliniken für Alkoholranke. Diese privaten *A-Clinics* haben in vielen Gemeinden die Versorgung alkoholabhängiger Patienten übernommen (F10).

Der finnische Spielautomatenverband RAY unterstützt viele Gesundheits- und Sozialprojekte finanziell, so wendet er sich auch schwerpunktmäßig psychiatrischen oder Suchterkrankungen zu (RAY, 2011). RAY ist u.a. Hauptsponsor der *Finnish Association of Mental Health*, aber auch für Angehörigenvereine und psychiatrische Forschung spendet er Geld (F13).

Während die meisten Leistungen der (psychiatrischen) Versorgung durch Steuerfinanzierung abgedeckt werden, gibt es noch die nationale Sozialversicherung Kela, welche u.a. Medikamente bezuschusst und im Krankheitsfall zahlt. Außerdem finanziert Kela in einem bestimmten Umfang psychotherapeutische Sitzungen für Personen im Alter von 16 bis 67 Jahren mit einer psychischen Erkrankung, sofern dadurch eine Einschränkung der Erwerbs- bzw. Studierfähigkeit besteht (Kela, 2011). Die Kostenerstattung gilt sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Sektor (F7, F15).

## **3.2 Veränderungen der Versorgungsstrukturen im Zuge der Deinstitutionalisierung**

### **3.2.1 Deutschland**

#### **3.2.1.1 Vorgeschichte**

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts wurden in Deutschland verstärkt psychiatrische Großkrankenhäuser errichtet, meist weit außerhalb der Städte. Bis 1975 – dem Jahr der Psychiatrie-Enquête – gab es in landesweit ca. 130 psychiatrische Kliniken, mit durchschnittlich 1.200 Betten (Bauer et al., 2002). 1976 kamen 1,8 psychiatrische Betten auf 1.000 Einwohner, womit Deutschland im internationalen Vergleich einen mittleren Rang belegte (May, 1976).

Der ehemalige Vorsitzende der Enquête-Kommission, Caspar Kulenkampff, beschrieb die damaligen Krankenhäuser als *„überfüllt mit fehlplatzierten geistig Behinderten und nicht krankenhausbefürhtigen psychisch Kranken, häufig weit abgelegen und schwer erreichbar mit überdimensionierten festgelegten Einzugsgebieten“* (Aktion Psychisch Kranke, 2001, S. 39). Auch Experte D12 zeichnet kein gutes Bild der damaligen Anstaltspsychiatrie:

*„Die Verhältnisse in der Psychiatrie waren so grauenhaft, so menschenverachtend, dass jeder, der damit in Berührung kam, hell entsetzt war. [...] man kann sich nicht mehr vorstellen, in was für einer Enge die Patienten untergebracht waren. Ich habe in den Kliniken wie Bedburg-Hau Bettensäle mit 36 Betten gesehen, wo gar kein Platz war, z.B. für einen Nachttisch. Die Betten waren so zusammengeschoben in Vierer-Blocks. Und dazwischen so 30 cm Durchgang.“* (D12)

Das Deutschland der direkten Nachkriegszeit hatte zudem die Last der Verbrechen der Nazizeit zu tragen. Während der Zeit des Dritten Reiches wurden im Zuge der Rassenideologie ca. 360.000 geistig, körperlich und auch psychisch behinderte Menschen zwangssterilisiert. Zwischen 1940 - 41 ermordeten die Nazis zwischen 80.000 und 130.000 Psychiatriepatienten und geistig Behinderte im Rahmen der sogenannten T4-Aktion (Möller et al., 2005). Experte D12 sieht diesen historischen Hintergrund als einen Hauptgrund für die - im internationalen Vergleich – verzögerte Entwicklung der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie in Deutschland:

*„[...] in England und Frankreich [ist man] eben sehr viel früher daran gegangen die Verhältnisse zu verbessern. Und das ist sicherlich in Deutschland der „time lack“ durch das Dritte Reich. Was eben dazu führte, dass hier erst 15 Jahre später ungefähr an das Problem rangegangen wurde, bis es überhaupt zu der Debatte kam. [...] die damalige Psychiatergeneration war natürlich zum Teil noch sehr belastet durch die Geschichte des Dritten Reichs. Das Thema war insgesamt noch sehr tabuisiert. Das brauchte erst so einen gewissen Abstand, bis man das thematisieren konnte.“* (D12)

Zudem praktizierten laut D6 und D12 bis weit in die 1970er Jahre hinein Psychiater und Pfleger, die bereits während des Dritten Reichs tätig waren.

„Als man ´63 anfing das Stationsklima in der Universitätsklinik [...] zu verändern, da hatte man es mit Personal zu tun, das selbst noch in Tötungsanstalten der Psychiatrie gearbeitet hat, in Sonnenstein, und die dort Menschen vergast haben. Für die war es normal [...] Patienten, die ihre Medikamente nicht nahmen, eine Ohrfeige zu geben. Das sind Situationen, in die wir uns heute überhaupt nicht mehr reinversetzen können.“ (D6)

### 3.2.1.2 Auslösende Faktoren für den Wandel

Bereits in den 1960er Jahren erschienen in der Bundesrepublik kritische Schriften, welche die Zustände in den deutschen Anstaltspsychiatrien anprangerten (D12). Auch durch die Studentenproteste von 1968 geriet die deutsche Psychiatrie ein Stück weit mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit und in die Kritik (Bauer et al., 2002; D12).

Vorbilder für eine Änderung des Psychiatriewesens in Deutschland waren Frankreich und die angelsächsischen Länder (D12). In diesen Ländern hatte der Deinstitutionalisierungsprozess bereits in den 1960er Jahren begonnen und gab damit Anstoß für ein Umdenken auch in Deutschland.

### Die Psychiatrie-Enquête

1971 wurde von der damaligen sozialliberalen Bundesregierung eine Expertenkommission ins Leben gerufen um eine Bestandsaufnahme der deutschen Psychiatrie zu machen, deren Zustand zu untersuchen und zu bewerten (Bauer et al., 2002). Vier Jahre später legte diese Kommission den *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975)* vor. Das von ihr gezeichnete Bild der deutschen Psychiatrie zeigte „*beträchtliche Lücken in der Versorgung auf allen Gebieten*“ und war „*dringend verbesserungsbedürftig*“ (Bundestag, 1975, S. 6).

Kritikpunkte waren u.a.:

- Die als ungenügend beschriebene ambulante Versorgung,
- Defizite in der Komplementärversorgung,
- Zu große und veraltete Kliniken,

- Personalmangel in den Kliniken,
- Die Benachteiligung und Ausgrenzung psychisch kranker Patienten.

Die mangelhafte ambulante Versorgung war v.a. durch zu wenig niedergelassene Psychiater bedingt, welche den Bedarf an Prävention und ambulanter Nachsorge nicht abdecken konnten. Zudem betreuten viele Nervenärzte auch neurologische Patienten und es gab wenig ausschließlich psychiatrisch tätige Ärzte. Auch in der komplementären Versorgung bezeichnete man das „Bedarfsdefizit [...] außerordentlich bedrückend“. Außerdem berichtete die Enquête über qualitative Mängel vieler Heime für psychisch Kranke (Bundestag, 1975, S. 15). Die psychiatrischen Fachkliniken, welche zu einem Großteil Langzeitpatienten beherbergten, wurden beanstandet, da ihre „*Bettenzahl [...] zu groß, [...] Bausubstanz veraltet und [...] geographische Lage teilweise ungünstig*“ war (Bundestag, 1975, S. 6). Zum damaligen Zeitpunkt lebten 31 % der Patienten bereits mehr als 10 Jahre in den psychiatrischen Fachkliniken, in vielen Häusern wurden Säle mit mehr als 20 Betten belegt. Kritisiert wurden zudem ein „*katastrophal[er]*“ Mangel an Sozialarbeitern, sowie Psychologen an psychiatrischen Kliniken, außerdem die völlig ungenügende Qualifizierung des Pflegepersonals. Auch rügte die Enquête, dass die „*Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung [...] den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken nicht gerecht [wird]*“ und dass diejenigen Patienten, welche nach stationärem Aufenthalt eine intensive ambulante Nachsorge benötigen schnell durch „*die Maschen des bestehenden Netzes*“ hindurchfallen (Bundestag, 1975, S. 10). Diese strikte Trennung, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird auch heute noch von den Experten heftig kritisiert (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Kooperation der Sektoren*).

### **Empfehlungen der Expertenkommission (1988)**

Die Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 stützen sich auf das *Bundesmodellprogramm Psychiatrie*, welches 1981 - 85 lief, und die durch die Enquête angestoßenen Veränderungen und Verbesserungen umsetzte und evaluierte. Dieses Programm hatte den Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgung vor allem für chronisch kranke Patienten als Schwerpunkt. In 14 Modellregionen wurden u.a. Tageskliniken und

Sozialpsychiatrische Zentren errichtet, welche – gut erreichbar – die Nachsorge und Integration psychiatrischer Patienten unterstützen sollten (Bauer et al., 2002; Buhring, 2001; Kulenkampff, 1990).

### **Psychiatrie-Personalverordnung (1991)**

Die 1991 erlassene PsychPV hat erhebliche Verbesserungen hinsichtlich des Personalschlüssels in den psychiatrischen Einrichtungen ermöglicht. Laut Heinz Häfner, Psychiater und einer der Vorbereiter der Psychiatrie-Enquête, hat sie „*die Krankenhäuser in die Lage versetzt, bedarfsgerecht differenzierte Therapieprogramme aufzubauen und einen Beitrag zu einem verständnisbereiten, personenbezogenen Umgang mit den Kranken*“ geleistet (Aktion Psychisch Kranke, 2001, S. 98). Ziel war es, mit einem ausreichenden Personalschlüssel eine qualitativ hochwertige Behandlung der psychisch Kranken zu gewährleisten. So wurden nach Inkrafttreten der PsychPV 43 % mehr Psychiater und 83 % mehr Sozialarbeiter eingestellt, um den neuen Standards gerecht zu werden (Bauer et al., 2002).

### **3.2.1.3 Veränderungen durch den Deinstitutionalisierungsprozess**

#### **Umstrukturierungen der stationären Versorgung**

Die Enquête-Kommission von 1975 empfahl u.a. die Verkleinerung und Umstrukturierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser sowie den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – „*wo immer dies möglich war*“ (S. 20). Diese stationären Einheiten hatten ein *Pflichtaufnahmegebiet* zu versorgen. Ein weiteres Ziel war der Aufbau eines bedarfsorientierten Versorgungssystems mit stationären, ambulanten, rehabilitativen und komplementären Diensten für jedes Versorgungsgebiet. Darüber hinaus war es „*wünschenswert [in den] psychiatrischen Behandlungszentren psychotherapeutische Abteilungen einzurichten*“ (S. 21).

Man begann recht schnell mit der Umsetzung der Reformziele. Zwar wurde bundesweit lediglich ein Fachkrankenhaus geschlossen, jedoch stieg die Zahl der Abteilungspsychiatrien deutlich. Gab es 1975 lediglich 44 solcher Abteilungen an Allgemeinkrankenhäu-

sern, waren es 2007 bereits 217 (Bundestag, 1975; Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007).

Ein Anliegen der Enquête war die geografische Eingrenzung der Versorgungs- bzw. Einzugsgebiete gewesen, um eine gemeindenahe, und somit für den Patienten erreichbare, Versorgung zu realisieren. Es wurden *Standardversorgungsgebiete* von durchschnittlich 250.000 Einwohnern empfohlen, was eine deutliche Verkleinerung der Einzugsgebiete der Krankenhäuser von vormals bis zu 1,6 Millionen Menschen bedeutete (D13; Bundestag, 1975). Auf diese Weise wurde die stationäre Psychiatrie dezentralisiert und regionalisiert (Aktion Psychisch Kranke, 2001).

Die Zahl psychiatrischer Betten wurde im Laufe der Jahre um mehr als zwei Drittel reduziert. So gab es im Jahr 1973 111.450 psychiatrische Betten in 241 an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Krankenhäuser. Bei einer damaligen Bevölkerung von ca. 63 Millionen (BRD) kamen somit ca. 1,8 psychiatrische Betten auf 1.000 Einwohner (Bundestag, 1975; May, 1976). 2010 lag die Quote in Deutschland nur noch bei 0,5 psychiatrischen Betten auf 1.000 Einwohner. Damals wie heute liegt Deutschland damit im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Zudem sank der Anteil der psychiatrischen Betten an allen Krankenhausbetten von gut 16 % im Jahre 1976 auf heute knapp 6 % (May, 1976; OECD, 2011a, 2012a).

Zwar waren finanzielle Aspekte kein direkter Beweggrund für des Anstoß der Reform, jedoch beschreiben D12 und D17 die Entwicklung weg von der jahrelangen Verwahrung der Patienten, hin zu einem selbstständigerem Leben – bspw. in Wohngemeinschaften und eventuell sogar als arbeitender Teil der Bevölkerung – auch für die Kostenträger als „*interessant*“.

Auch gab es nicht nur bei der Bettenzahl einen stetigen Rückgang, sondern auch bei der stationären Verweildauer der Patienten. Lebten in den 70er Jahren viele Patienten oft monate- oder gar jahrelang in den Kliniken, betrug die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer psychiatrischer Patienten 1994 ca. 41 Tage. 10 Jahre später (2004) waren es nur noch knapp 25 Tage (D12, D13; Bundestag, 1975; Spießl et al., 2006). Die verkürzten Verweildauern auf psychiatrischen Stationen haben wiederum zu einer Zunahme der Wiedereinweisungsquoten geführt. Patienten mit depressiven Erkrankungen

werden in 24 - 34 % aller Fälle rehospitalisiert, und auch ein Drittel aller Schizophreniepatienten werden innerhalb von 12 Monaten wieder stationär eingewiesen. Deutschland liegt damit deutlich über den OECD-Durchschnittswerten ungeplanter Rehospitalisationen von unter 20 % (Barmer GEK 2011; Greuèl, 2013; Klazinga, 2010). Spießl et al. sind daher der Ansicht, dass die Untergrenze der Verweildauer psychiatrischer Patienten erreicht ist und eine weitere Senkung zu vermehrten Wiederaufnahmen führt.

### **Gemeindenahe Versorgung**

Die Enquête-Kommission bestimmte „*dass alle Dienste gemeindenahe eingerichtet werden müssen*“ (Bundestag, 1975, S. 17). Dieses *Prinzip der gemeindenahen Versorgung* gilt insbesondere für komplementäre, ambulante und rehabilitative Angebote. Es erleichtert Patienten Hilfen und Dienste aufzusuchen und verhindert die Ausgrenzung Betroffener aus der Gemeinde. Heute wird durch regionale Tageskliniken, PIA oder sozialpsychiatrische Zentren die wohnortnahe Versorgung gewährleistet (D13, D17, D18). Laut D17 ist man nach wie vor bestrebt „*die Regionalisierung noch weiter voranzutreiben*“.

Laut Interviewpartner D12 wurden die von der Enquête angestrebten Veränderungen „*sehr schnell*“ umgesetzt. Der Experte beschreibt sehr eindrücklich die damalige Situation, mit der sich die Reformer konfrontiert sahen und mit welchen – wie er selbst sagt – banalen Selbstverständlichkeiten zunächst begonnen werden musste:

*„Und das waren insofern erst einmal ganz primitive Versuche, um überhaupt die räumlichen Verhältnisse zu verbessern, d.h. mal ein bisschen Luft schaffen. Die Patienten, die ihre paar Habseligkeiten unterm Kopfkissen verstecken mussten, dass die überhaupt einmal einen Nachttisch bekamen. Oder überhaupt mal ein Klo bekamen, das auch eine Brille hat. Man kann sich das gar nicht mehr vorstellen, wie banal man ansetzen musste. [Vor der Deinstitutionalisierung hatten wir in Deutschland eine] reine kustodiale Psychiatrie. Bewachen und fertig. Und das ging dann auch in heftige Diskussionen rein, z.B. ‚Darf ein Patient eine Nachttischlampe haben, oder schlägt er die dem nächsten Pfleger auf den Kopf?‘ [...] wir haben dann auch sozialpsychiatrische Zusatzausbildungen organisiert. Es war ja klar, man muss die Menschen, die mit den Patienten arbeiten, verändern. De-*



*ren Einstellung verändern. Das dauert lange, aber man muss dann halt mit Kleinigkeiten anfangen. Und es gab z.B. viele Stationen, wo die Patienten nicht einmal eine eigene Zahnbürste hatten. Also Weiterbildungsinhalt war: jedem Patienten eine Zahnbürste. Das werde ich nie vergessen, dann kam die Dozentin [...] um zu gucken inwieweit das umgesetzt wurde. Da hat dann auch tatsächlich ein Lehrgangsteilnehmer ganz stolz vorgeführt: jeder Patient hat eine Zahnbürste. Das lief dann aber so ab, [dass die Patienten] vor dem Badezimmer antreten mussten und kriegten dann so einen Klecks Zahnpasta darauf. [...] Also war klar, nächster Lerninhalt war: [jedem] nicht nur ne eigene Zahnbürste, sondern auch ne eigene Zahnpasta. [...] Das heißt so ein Minimum an Lebensqualität überhaupt. [...] Oder ein Begriff wie Stationskamm! [...] da werden alle mit gekämmt. Das gab's eben und das heißt auf so niedrigen Niveau musste man das ansetzen, was man so abstrakt als „Reform“ bezeichnete. Aber von da bis hin zu ganz anspruchsvollen Dingen, aber eben sehr kleinschrittig und in einem langfristigen Prozess.“*

### **Komplementärversorgung**

Die Enquête empfahl u.a. die „Erprobung des Modells psychosozialer Kontaktstellen“ und den Ausbau von Beratungsstellen (Bundestag, 1975, S. 18). So wurden in den Modellregionen *Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion* geschaffen, aufsuchende Dienste eingerichtet, sowie Tagesstätten eröffnet, in denen beschäftigungstherapeutische Maßnahmen angeboten wurden. Die Verknüpfung dieser Dienste nannte die Expertenkommission *Gemeindepsychiatrischen Verbund*, welcher als „Kernstück“ der „von der Expertenkommission vertretenen Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform“ bezeichnet wurde (Kulenkampff, 1990, S. 7). Diese komplementären Angebote sollten die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schließen und richteten sich insbesondere an chronisch psychisch Erkrankte. Es konnte gezeigt werden, dass stationäre Aufenthalte durch ambulante, tagesstrukturierende Angebote und aufsuchende Dienste häufig verhindert werden kann (Kulenkampff, 1990).

## **Personal**

Laut May (1975) waren Mitte der 1970er Jahre knapp 2.700 Psychiater in Deutschland tätig, davon ca. 1.000 in niedergelassenen Bereich. Bereits damals waren ländliche Gebiete unterversorgt und gab es Engpässe durch die gleichzeitige Behandlung von neurologischen Patienten durch die Nervenärzte (Bundestag, 1975). 2010 nahmen mehr als 16.200 Ärzte als Psychiater, Nervenärzte, Psychosomatiker und Psychotherapeuten an der ambulanten und stationären Versorgung psychisch kranker Menschen teil (BÄK, 2010). Dies entspricht einem Anstieg von ehemals ca. 4,3 Psychiatern und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner in den 1970ern auf fast 20 pro 100.000 Einwohner innerhalb von 35 Jahren. Im niedergelassenen Bereich beschrieb die Enquête die Relation von Nervenarzt auf Einwohner mit 1 : 59.300. Heute kommen auf einen niedergelassenen Psychiater nur noch 9.411 Menschen, wobei es hier deutliche Unterschiede innerhalb Deutschlands, vor allem zwischen Stadt und Land, gibt (vgl. Kapitel 3.1.1.6) Diese Zahlen verdeutlichen den beträchtlichen Personalzuwachs, den die Psychiatrie in den vergangenen vier Jahrzehnten verzeichnen konnte. Dies ist auch ein Resultat der 1991 verabschiedeten PsychPV.

## **Patienten**

Die Gleichstellung von somatischen und psychiatrischen Patienten in rechtlichen, finanziellen und sozialen Aspekten wurde von der Enquête festgeschrieben (Bundestag, 1975).

Auch wenn sich Menschen mit psychischen Erkrankungen sich nach wie vor insbesondere mit sozialen Ausgrenzungen konfrontiert sehen (D7), so haben die Anstrengungen der letzten Jahrzehnte doch auch zur Entstigmatisierung psychiatrischer Patienten beigetragen. Kriseninterventionsdienste, Abteilungspsychiatrien und Kontaktstellen können Patienten in der Gesellschaft und in ihrem Umfeld halten und so einer Ausgrenzung entgegenwirken (D13, D17, D18).

### 3.2.1.4 Veränderungen bis 1989 in der DDR und während der Nachwendezeit

1963 wurde im sächsischen Rodewisch in der ehemaligen DDR das *Internationale Symposium über psychiatrische Rehabilitation* abgehalten, welches in der Formulierung der *Rodewischer Thesen* mündete. Die insgesamt 10 Thesen forderten u.a.

- Eine „*aktive therapeutische Einstellung*“, mit Somato-, Psycho- und Soziotherapie und umfassender Rehabilitationsbehandlung (These 1)
- Die Gleichstellung von somatischen und psychiatrischen Patienten, Öffnung psychiatrischer Stationen, sowie verbesserte personelle und materielle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser. „*Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.*“ (Thesen 2 und 4)
- Übergangslösungen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sowie zwischen „*kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen und voller Erwerbstätigkeit.*“ Das hieß auch Errichtung beschützter Werkstätten, Wohnheime und Tageskliniken (These 6)
- Eine bessere Vorsorge und Aufklärung, um den psychiatrischen Erkrankungen ihre Wichtigkeit einzuräumen, sowie „*Volkserziehung, [um] der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen*“ (These 7)
- Beschränkung „*amtliche[r] und gesetzliche[r] Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber [...] auf das nur unbedingt erforderliche Minimum*“ (These 8).

Zudem wurde die Bedeutung der Arbeitstherapie als „*therapeutische und rehabilitatorische Maßnahme*“ herausgestellt, sowie die Möglichkeit der Arbeitsintegration in „*beschützender Umgebung*“ (Rodewischer Thesen 1963).

Der Psychiater Bernhard Rieke beschreibt die *Rodewischer Thesen* und ihre „*sozialpsychiatrisch-rehabilitativen Gedanken*“ als modern und immer noch aktuell. Die Forderungen der *Rodewischer Thesen* konnten jedoch aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nur teilweise, erst spät, oder gar nicht umgesetzt werden (Aktion Psychisch Kranke, 2001; Bauer et al., 2002; D3). Auch Interviewpartner D6 sagt, dass „*dieses Papier [an der Realität] erst einmal nicht viel geändert [hat], leider. Die Versorgungsrealität in der DDR war damals zu einem hohen Prozentsatz eine völlig andere. Sie war kusto-*

*dial, sie war wahrscheinlich sehr autoritär, also überhaupt nicht patientenfreundlich und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht sehr fortschrittlich, überhaupt nicht“.*

Experte D3 berichtet über psychiatrische Krankenhäuser mit oft über 1.000 Betten, z.T. mit angegliederten psychiatrischen Pflegeheimen und beschreibt die Psychiatrie in der DDR als *„bestimmt durch Mangel an vor allem Medikamenten und sonstiger Behandlungskapazität“*. Ähnlich wie D12 für die damalige BRD, beschreibt D6 die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten in der DDR und berichtet von *„unmögliche[n] Unterbringungen, Langzeitunterbringungen in unmenschlichster Form, die man sich denken kann.“*

Im Gegensatz zu heute war die Integration psychisch Kranker auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt aufgrund von Auflagen z.B. über integrative Arbeitsplätze gewährleistet. Jedoch war diese Integration *„eher pro forma [...], aber inhaltlich nicht therapeutisch begleitet“* (D17).

D6 beschreibt den ambulanten Sektor in der DDR als *„sehr stark“*. War bis in die 60er Jahre hinein die Psychiatrie rein am Krankenhaus orientiert, so wurden bereits in den 1960er Jahren psychiatrische Ambulanzen an Polikliniken (ähnlich den heutigen PIA) für psychiatrische und Suchtpatienten eröffnet (D3), jedoch blieben die Krankenhäuser in ihrer Größe weiter bestehen.

Deutliche Veränderungen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft wurden erst nach der politischen Wende 1990 spürbar (D3, D6, D7, D17). Durch die finanzielle Unterstützung konnten materielle Mängel beseitigt und die räumliche Situation verbessert werden, zudem sorgte die 1991 verabschiedete PsychPV für eine bessere personelle Ausstattung. Auch der Aufbau ambulanter und komplementärer Strukturen – niedergelassene Psychiater, Tagesstätten und -kliniken, Begegnungsstätten – wurde nach der Wende forciert (D6, D17).

Da die *Rodewischer Thesen* die Akzeptanz von Großkrankenhäusern betonten, waren laut Rieke der *„umfangreiche Enthospitalisierungsprozess und der Aufbau gemeindenahe[r] Strukturen [die] dringlichste[n] Aufgaben“*, die nach der Wende umgesetzt werden mussten (Aktion Psychisch Kranke, 2001, S. 374). Auch D6 beschreibt den Nachholbedarf der neuen Bundesländer insbesondere im komplementären Sektor, da es kaum

Begegnungs- oder Tagesstätten gab. Jedoch: „Fast alle psychisch Kranken haben gearbeitet. Und das brach natürlich nach der Wende alles weg“ (D17). So mussten die Bereiche Wohnen, Arbeit und Tagestruktur und damit die gemeindenahere Versorgung neu aufgebaut werden (D6). Die psychiatrische Versorgung wurde somit in den neuen Bundesländern erst nach der Wende dezentralisiert.

D7 beschreibt die Entwicklung so:

*„Es gab ´90 und ´91 große Gutachten, die die Bundesregierung damals in Auftrag gegeben hat, um die psychiatrische Versorgung in der ehemaligen DDR zu bewerten, mit dem ähnlichen Ergebnis wie 1975 im Westen. Es gab praktisch nur Großkrankenhäuser und, als ambulante Strukturen, die Polikliniken. Und dann gab es eben den Beschluss, alles den westlichen Verhältnissen anzugleichen. Das führte ja dann auch gelegentlich zu Absurditäten. Polikliniken wurden abgeschafft, obwohl jeder gesagt hat, dass diese ein sinnvolles Instrument sind der interdisziplinären ambulanten Versorgung. Und heute werden MVZs wieder ‚zum Leben erweckt‘“ (D7).*

Mittlerweile haben sich in den neuen Bundesländern die Standards der psychiatrischen Versorgung denen in den alten Bundesländern angeglichen (D7, D12, D17; Aktion Psychisch Kranke, 2001).

## **3.2.2 Finnland**

### **3.2.2.1 Vorgeschichte**

Wie auch in Deutschland wurden in Finnland seit Mitte des 19. Jahrhunderts psychiatrische Anstalten gebaut. Zu Beginn der 1950er Jahren kamen landesweit 2,2 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern auf 1.000 Einwohner. Dazu kam noch einmal fast die gleiche Anzahl an psychisch kranken Menschen, die in Altenheimen behandelt wurden und lebten. Die damaligen psychiatrischen Anstalten waren um einiges größer als heutige Einrichtungen und umfassten häufig 300 - 500 Betten (F6). Die ersten psychiatrischen Ambulanzen wurden bereits in den 1930er Jahren gegründet (Salokangas, 2004).

1952 brachte das finnische Parlament ein Gesetz (*Law on the Mentally Ill*) auf den Weg, welches die Psychiatrielandschaft Finnlands für die nächsten Jahrzehnte prägen sollte. Dieses Gesetz sah die Gründung von 18 sogenannten *Mental Health Districts* (MHDs) vor, welche für die ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung und Pflege der ansässigen Bevölkerung verantwortlich waren (Achté, 1972; WHO, 1953). Damit wurden die Versorgungsstrukturen und -kompetenzen stark dezentralisiert. Die MHDs werden von einem Interviewpartner als „*autonomous like kingdoms and very traditional and conservative*“ beschrieben. „*They were even strong as economical units*“ (F6).

Das *Law on the Mentally Ill* veranlasste die MHDs dazu, ambulante Einheiten für Vor- und stationäre Nachsorge psychiatrischer Patienten einzurichten, die sog. *Community Mental Health Centres* (CMHC). Darüber hinaus wies das Gesetz auch die Errichtung psychiatrischer Landeskliniken für chronisch kranke Patienten an, so genannte *B-Hospitals*, welche neben den bestehenden Zentralkrankenhäusern erbaut wurden (Achté, 1972; Korkeila und Fink-Jensen, 2009; Salokangas, 2004; WHO, 1953).

Mit den Konsequenzen dieser Entscheidung sollte sich Finnland noch für lange Zeit konfrontiert sehen. Interviewpartner F9 nannte den Zeitpunkt der Errichtung zusätzlicher Krankenhäuser „*a bad bad timing*“, da 1952 das erste Neuroleptikum auf den Markt kam, welches erstmals die Behandlung von Psychosen erlaubte. In Folge dessen begannen viele Länder mit dem Abbau stationärer Psychatriebetten, da die kustodiale Form der „Behandlung“ nun nicht weiter in einem solch hohen Maße vonnöten war. In Finnland hingegen verdoppelte sich aufgrund des Baus der *B-Hospitals* innerhalb weniger Jahre die Zahl der Betten in psychiatrischen Einrichtungen auf mehr als 4,4 Betten pro 1.000 Einwohner (Salokangas, 2004; Vuorenkoski et al., 2008). May (1976) berichtet gar von 4,7 psychiatrischen Betten je 1.000 Einwohner Mitte der 70er Jahre – eine der höchsten Quoten Europas.

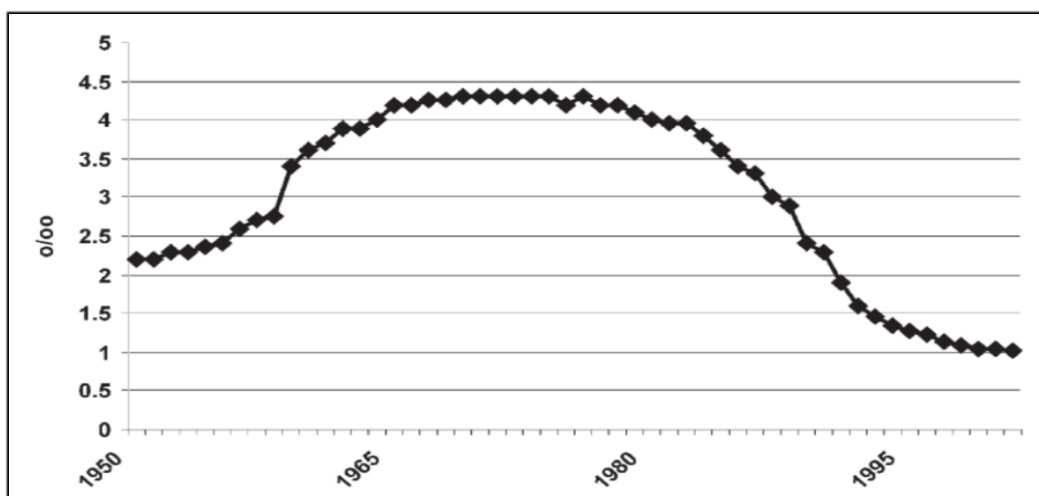
### **3.2.2.2 Auslösende Faktoren für den Wandel**

Während in vielen westlichen Ländern die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie also bereits in den 1950er, 60er und 70er Jahren begann (Fakhoury und Priebe, 2007), entstanden in Finnland zur selben Zeit aufgrund des *Law on the Mentally Ill* immer mehr

stationäre psychiatrische Einrichtungen Betten, mit immer mehr darin lebenden Patienten. Dies und die Autonomie der *Mental Health Districts* führten zu dem – im internationalen Vergleich – sehr späten Einsetzen der Enthospitalisierung (F6, F9, F10, F15).

Dieser Vergleich zur internationalen Entwicklung in der Psychiatrie, welcher Finnland in den 1970er Jahren eher „rückständig“ dastehen ließ, ist nach Ansicht von F14 und F15 einer der entscheidenden Gründe für den Umbruch im finnischen System gewesen. Sich die angelsächsischen Länder, in denen die Deinstitutionalisierung schon recht weit fortgeschritten war, als Vorbild nehmend, begann in Finnland ein Umdenken in der Psychiatrie.

Unterstützt wurde die Deinstitutionalisierungsbewegung in Finnland auch durch das *National Schizophrenia Project* (1982 - 1992) und verschiedene Regierungsberichte, wie das *Official Committee Meeting on Mental Health Work* (1984) – welche die Reduzierung der Bettenzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern von 20.000 auf 10.000 für möglich und notwendig erklärten und den Ausbau ambulanter psychiatrischer Einrichtungen empfahlen (F13; Salokangas und Saarinen, 1998; Salokangas, 2004). Die genannten Berichte gaben der finnischen Psychiatrie einen Impuls, so dass ab Ende der 1980er Jahre die Bettenzahlen abrupt abnahmen (vgl. Abbildung 7) (F6, F15). Wichtigste Gründe für die Reduzierung der Bettenzahlen sind nach Salokangas und Saarinen (1998) die negativen Effekte von Langzeitaufenthalten für Patienten und deren Recht auf ein eigenständiges Leben in der Gesellschaft, sowie finanzielle Aspekte.



**Abb. 7:** Jährliche Nutzung psychiatrischer Betten pro 1.000 Einwohner in Finnland; Quelle: Salokangas, 2004

Trotz der rasanten Entwicklung ab Mitte der 1980er Jahre – das Land durchlief weltweit einen der schnellsten Deinstitutionalisierungsprozesse (Salokangas und Saarinen, 1998) – blieb die Enthospitalisierung in Finnland mit ca. 1 Bett pro 1.000 Einwohner Ende der 1990er Jahre international hintan (Honkonen et al., 1999). Und auch heute liegt das Land, wie in Punkt 3.1.2.2 bereits beschrieben, mit einer Quote von 0,8 psychiatrischen Betten/1.000 Einwohner noch immer über dem OECD-Durchschnitt von 0,62 psychiatrischen Betten/1.000 Einwohner (OECD, 2011a).

Viele Interviewpartner sind der Überzeugung, dass letztlich vor allem die Wirtschaftskrise, welche Finnland Anfang der 1990er Jahre schwer traf, für das rasche Voranschreiten der Deinstitutionalisierung und somit des Bettenabbaus verantwortlich war (F6, F8, F10, F14, F15, F16). Finanzielle Budgets wurden gekürzt und der Staat wie auch die Gemeinden mussten sparen. Da die Unterhaltung psychiatrischer Krankenhäuser kostenintensiv war und ist, war die Schließung der Krankenhäuser und der Bettenabbau eine einfache und schnelle Möglichkeit, um Geld einzusparen.

*“When the 1980s ended there was this economic recession, (...) it speeded up this process, I think, because there was not much money to offer the hospitals. There the treatment is very expensive and one needed to do some cut downs of costs”. (F10)*

*“[...] mental health care was not the top priority during the difficult economic times.” (F15)*

### **3.2.2.3 Veränderungen durch den Deinstitutionalisierungsprozess**

Auch wenn – im Gegensatz zu Deutschland – keine einheitlichen Zielvorgaben für die Reform des finnischen Psychiatriewesens festgeschrieben waren, so gab es doch Veränderungen, die erwirkt werden sollten und die zum allergrößten Teil auch umgesetzt wurden (vgl. Kapitel 3.2.2.2).



## **Patienten**

Dazu zählte die Verbesserung der Lebenssituation der Patienten. Dies ist zum einen durch die Entlassung vieler Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Anstalten und deren Hinführung zu einem selbstbestimmteren Leben in der Gemeinde erwirkt worden. Außerdem halfen verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und eine Schwerpunktsetzung auf die ambulante Behandlung, auch für schwerkranke Patienten (F6, F8, F9, F10, F15; Salokangas und Saarinen, 1998).

Ein positiver Aspekt des Deinstitutionalisierungsprozesses in Finnland ist, nach Aussage einiger Experten, die Abnahme der Stigmatisierung eines Teils der psychiatrischen Patienten, vor allem solcher mit depressiven bzw. bipolaren Störungen. Dank der mittlerweile in der Öffentlichkeit diskutierten Thematik psychiatrischer Erkrankungen, hat zum einen die Hemmschwelle Betroffener sich Hilfe zu suchen abgenommen, zum anderen die Akzeptanz psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung zugenommen (F6, F7, F10).

## **Personal**

Aus den 60er Jahren berichten Suominen und Sievers (1969) von 169 Psychiatern im ganzen Land, was eine Relation von 3,75 Psychiatern auf 100.000 Einwohner bedeutet. Damit war Finnland „*poorly situated*“ im europäischen Vergleich (Suominen und Sievers, 1969, S. 199). Bereits in den 70er Jahren war Finnland mit 8,5 Psychiatern und Psychologen auf 100.000 Einwohnern im internationalen Vergleich gut aufgestellt (May, 1976). Diese Quote ist seitdem auf ca. 22 Psychiater pro 100.000 Einwohner gesteigert worden, womit Finnland nach wie vor im Vergleich zu anderen Ländern einen vorderen Platz belegt (s. Kapitel 3.1.2.5). Vor allem während der 1990er Jahre stieg die Anzahl an Psychiatern stark an, während es seit Mitte der 2000er Jahre durchaus Nachwuchsprobleme gibt (F1, F8, F9, F14).

## **Administrative Veränderungen**

Ein anderes Ziel des Deinstitutionalisierungsprozesses war mit der Reform des Gesundheitswesens verbunden. Die Psychiatrie sollte in die Primärversorgung integriert

werden (F10). Dies bedeutete zum einen die Zuständigkeit für Psychiatrie von den großen *Mental Health Districts* auf kleinere lokale Unterbezirke zu verteilen, sowie den Wandel von krankenhauserorientierter Behandlung hin zu ambulanter Psychiatrieversorgung zu vollziehen (F9).

Dies wurde auf administrativer Ebene vor allem durch zwei Gesetze erreicht. Anders als heute wurde der psychiatrische Sektor in Finnland bis vor 20 Jahren eigenständig verwaltet. Das finnische Parlament verabschiedete 1991 den *Act on Specialised Care*, welcher die Zusammenführung des psychiatrischen Sektors mit dem medizinischen Versorgungssystem festlegte (Ministry of Social Affairs and Health 1989). Die bis dahin bestehenden ca. 20 *Mental Health Districts* (s.o.) wurden mit dem somatischen Sektor zu den derzeit (2013) 20 *Health* bzw. *Hospital Districts* vereinigt. Dieser Zusammenschluss trieb die Deinstitutionalisierung weiter voran, da Reformen innerhalb der Psychiatrie nach Auflösung der autonomen *Mental Health Districts* besser umsetzbar waren (F6, F10, F15).

Ebenfalls 1991 wurde mit dem *Mental Health Act* die Verantwortung für die medizinische und psychiatrische Grundversorgung an die Gemeinden übergeben (Ministry of Social Affairs and Health 1990). Zusammen mit diesem *Law on Mental Health* ging eine Änderung der Finanzierung des Gesundheitswesens (*State Subsidy Reform*) einher. Dieser Schritt bedeutete den Wandel von dem damals sehr zentralisierten hin zu einem „*extrem dezentralisierten*“ System (F6). Bis zu diesem Zeitpunkt wurde das Gesundheitswesen direkt vom Staat finanziert. Seit der Reform jedoch bekommen die Gemeinden (entsprechend ihrer Bevölkerungszusammensetzung) die finanziellen Mittel direkt zugewiesen und können selbst entscheiden, wie diese eingesetzt werden – für Bildung, Infrastruktur, sowie Gesundheit und Soziales. Somit standen – und stehen bis heute – die Gemeinden in der Verantwortung, die Versorgung (psychisch) kranker Menschen zu organisieren und zu finanzieren. Lehtinen (2001) beschrieb Finnland zu Beginn des 21. Jahrhunderts als „*country with perhaps the most decentralised health care financing system in the world*“ (Lehtinen und Taipale, 2001, S. 2). Die psychiatrischen Landeskliniken (*state mental hospitals*) wurden nun als zu groß und zu teuer betrachtet. Daraufhin wurden Abteilungspsychiatrien an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet, wie es sie in anderen Ländern bereits gab, z.B. in Deutschland und den USA (F6, F11).

Durch die administrativen und finanziellen Veränderungen verlor die Psychiatrie in Finnland ihre Selbstverwaltung und Unabhängigkeit. Aus diesem Grund musste sie während der wirtschaftlichen Rezession Anfang der 1990er Jahre von allen medizinischen Fachgebieten die größten Einschnitte im Budget verkraften (F6, F9, F13). Die strukturellen Veränderungen führten mit dem Hintergrund der Wirtschaftskrise zu einem Rückgang der psychiatrischen Betten und der Schließung von psychiatrischen Krankenhäusern. F5, F9 und F11 sehen daher in diesem *Act on Mental Health Care* den Hauptgrund für das schnelle Fortschreiten des Deinstitutionalisierungsprozesses in den 1990er Jahren.

Zudem wurde 2011 ein weiteres Gesetz (*Health Care Act 1326/2010*) auf den Weg gebracht, welches eine wieder zunehmende Zentralisierung des Gesundheitssystems und eine bessere Zusammenarbeit zwischen fachärztlicher und Primärversorgung fördert. Außerdem können Patienten erstmals frei zwischen verschiedenen Gesundheitsanbietern in ihrer Gemeinde wählen (Ministry of Social Affairs and Health, 2010a).

### **Ambulantisierung und Vermeidung von Chronifizierung**

Mit der Abnahme der psychiatrischen Betten in Krankenhäusern kam es zu einem verstärkten Fokus auf die ambulante psychiatrische Versorgung. So wurde bereits seit den 1960er Jahren der Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung verstärkt begonnen (CHMC) und ihre Zahl wuchs stetig und rasant an. Ein Einfluss auf das stationäre Volumen zeigte sich jedoch nicht (Salokangas et al., 1985). Deutlich forciert wurde die ambulante Versorgung erst nach den Veröffentlichungen des *National Schizophrenia Project* und des *Committee of Mental Health* ab Ende der 1980er Jahre mit dem gleichzeitig beginnenden Bettenabbau (Salokangas, 2004). Neben der vermehrten Versorgung in den psychiatrischen Ambulanzen der Krankenhäuser wurden auch immer mehr Patienten in den *Public Health Care Centres* (PHCCs) von Allgemeinmedizinern betreut (Hyvönen und Nikkonen, 2004).

Zudem hatte man sich das Ziel gesetzt, neue Chronifizierungsfälle bei Patienten zu vermeiden und richtete die Aufmerksamkeit auf den Ausbau der Behandlung akuter Fälle (F4, F5, F8). So berichtet ein Interviewpartner von der Gründung sog. *case-specific teams* bzw. *psychiatric outpatient teams*, welche im Falle einer akuten Krise den Patien-

ten zu Hause aufsuchen (F8). Außerdem können Patienten in einer akuten psychischen Krise zunächst im PHCC zu behandelt werden und ggf. über Nacht zu bleiben, bevor über eine stationäre Einweisung entschieden wird (F14). Dies führt dazu, dass heute nur noch wirklich schwere Fälle (vornehmlich Psychosen) stationär behandelt werden (F1).

### **Veränderungen im stationären Bereich**

1976 hatte Finnland eine Quote von 4,7 psychiatrischen Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner. Nur Schweden, Norwegen (beide 4,8) und Irland (5,8) wiesen eine höhere Quote auf, während die meisten anderen europäischen Länder schon damals deutlich niedrigere Bettenzahlen erreicht hatten. Verglichen mit den Zahlen von 2010 (0,8 psychiatrische Betten auf 1.000 Einwohner, s. Kapitel 3.1.2.2) hat Finnland also einen enormen Sprung „nach unten“ gemacht. Zudem waren 1965 gut 40 % aller Krankenhausbetten Finnlands psychiatrische Betten (Suominen und Sievers, 1969). 2012 entfielen noch knapp 14 % aller Krankenhausbetten auf die psychiatrische Behandlung und Pflege (OECD, 2012a). Man ist auch weiterhin bemüht die Bettenzahlen weiter zu senken und den ambulanten Sektor weiter zu verstärken (F11, F14).

Gleichzeitig konnte auch die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer von z.T. mehreren Monaten während der 1970er Jahren sukzessive gesenkt werden. Und auch in Finnland gab es Patienten, die vor Einsetzen des Deinstitutionalisierungsprozesses Jahrzehnte ihres Lebens in den psychiatrischen Krankenhäusern verbrachten (F14). Die genauen Angaben für die durchschnittliche Liegedauer psychiatrischer Patienten gehen etwas auseinander, zeigen aber die gleiche Tendenz. So gibt das THL für das Jahr 1997 eine durchschnittliche Verweildauer von 49,2 Tagen in psychiatrischen Krankenhäusern an und für das Jahr 2010 35,1 Tage (Stakes, 2011). Auch die Experten bestätigen aus ihrer Erfahrung (zum Zeitpunkt der Interviews 2010) im Krankenhaus ca. 4 Wochen als durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer psychiatrischer Patienten (F3, F4, F11).

Trotz der insgesamt positiven Bilanz der reduzierten Behandlungsepisoden und verkürzten Aufenthaltsdauern, weist Finnland eine hohe Anzahl an Mehrfachwiedereinweisungen einzelner Patienten auf, der sog. Drehtüreffekt (F10, F16). Im OECD-Vergleich zeigt Finnland die höchsten Rehospitalisierungsraten. So liegen diese 2007 für bipolare Er-

krankungen bei 37 % und für Schizophrenie bei 32 %, während der OECD-Durchschnitt lediglich 17 %, bzw. 18 % beträgt (Klazinga, 2010).

### **Entstehung neuer Pflegeheime**

Jedoch kamen viele chronische Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in psychiatrische Pflegeheime, deren Zahl während des Deinstitutionalisierungsprozesses stark anstieg. Während nun seit Ende der 1980er Jahre die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten sinkt, nimmt die Zahl der in psychiatrischen Pflegeheimen untergebrachten Menschen stetig zu. 1994 lebten gut 1.800 Menschen in diesen Einrichtungen, 2002 waren es bereits über 4.000 (Pirkola et al., 2005) und Ende 2008 lebten mehr als 7.000 Menschen in psychiatrischen Pflegeheimen (Stakes 2009). Somit übersteigt die Zahl der Betten in psychiatrischen Pflegeheimen die der stationären psychiatrischen Krankenhausbetten (2010: ca. 4.000, s. Kapitel 3.1.2.4 *Wohnen*) inzwischen deutlich.

### **Jugendlichenpsychiatrie**

Ein Ziel der Psychiatrieverantwortlichen war u.a. auch die Etablierung der Jugendlichenpsychiatrie als eigenständiges Fach (F2, F7, F9). Die ersten stationären Betten für Jugendlichenpsychiatrie in Finnland gab es bereits 1961. Das Engagement in diesem Bereich wurde jedoch erst Ende der 1980er Jahre verstärkt und seit 1999 ist die Jugendlichenpsychiatrie eine eigenständige Fachrichtung in Finnland (Laukkanen et al., 2003). In den meisten Ländern hingegen, so auch in Deutschland, ist Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gemeinsames Fachgebiet und die finnischen Interviewpartner betonen, dass die Etablierung der Jugendlichenpsychiatrie ein finnisches Alleinstellungsmerkmal ist.

*“I may say: if outpatient treatment was number one, adolescent psychiatry was number two.”* (F9 über die Ziele des Deinstitutionalisierungsprozesses)

Während der hohen Budgetkürzungen in der Psychiatrie zu Beginn der 1990er Jahre, konnte dank des Aufbaus der Jugendlichenpsychiatrie zumindest ein Teil der aus Krankenhausschließungen freigewordenen finanziellen Mittel innerhalb der Psychiatrie gehalten

ten werden (F9). Weiterhin wurden die Subspezialisierungen Suchtpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Liaisonpsychiatrie während dieser Zeit etabliert.

### **3.3 Wahrnehmung der Entwicklung und Bewertung der heutigen Situation psychiatrischer Versorgung durch Akteure beider Systeme**

#### **3.3.1 Deutschland**

Experte D12 stellt heraus, dass die Entwicklung der Deinstitutionalisierung in Deutschland aus verschiedenen Gründen später ihren Anfang genommen hat als in anderen Ländern, wie Großbritannien oder den Niederlanden (vgl. Kapitel 3.2.1.1). Dennoch habe man, was die Enthospitalisierung und ambulante Versorgung betrifft, ein ähnliches Ergebnis erreicht (D12). Auch D6 bezeichnet die Phase der Enthospitalisierung als erfolgreich und weitgehend abgeschlossen.

##### **3.3.1.1 Bewertung der Entwicklung**

###### **Positive Aspekte**

Die befragten Experten äußern sich überwiegend positiv über die Entwicklung, die die Psychiatrie seit der Psychiatrie-Enquête 1975 genommen hat (D6, D10, D11, D12, D14, D16, D17, D18).

*„Wir hatten eine gute Entwicklung in den letzten 40 Jahren.“ (D11)*

*„Die Gesamtversorgung [hat] sich schon deutlich verbessert.“ (D17)*

D6 bezeichnet die Behandlung der Patienten in den ehemaligen Großkliniken vor der Deinstitutionalisierung als „*sauschlecht*“, merkt jedoch auch an, dass sich die Sichtweisen diesbezüglich unterschieden: „*manche Psychiater würden sicher sagen, dass es früher mit den Heimen besser war. Ich würde sagen es war schlechter, weil es eben nicht an den Möglichkeiten der Menschen ansetzte*“ (D6). Heute arbeitet man in der Psychiatrie sehr viel menschlicher und patientenorientierter. Zudem werden die Patienten heute in die Behandlungsplanung besser miteinbezogen (D6, D10, D15).

Die Forderungen der Enquête-Kommission nach einer Umstrukturierung der Psychiatrie – also die Auflösung der Anstaltsbedingungen und Schaffung ambulanter und individueller begleitender Angebote – sind in Deutschland gut umgesetzt worden (D6). So konnten viele Patienten ambulant, bzw. in betreutem Wohnen untergebracht und betreut werden. Diese Abschaffung der Langzeitbereiche in den psychiatrischen Kliniken wurde von allen Experten begrüßt. D14 betont, dass die enthospitalisierten Patienten mehr Möglichkeiten haben ihr Leben eigenständig zu gestalten. Die Psychiatrie ist lebensnaher und viel menschlicher geworden (D6, D12, D14). Der Aufbau ambulanter und vor allem komplementärer Angebote ist (allerdings mit z.T. großen regionalen Unterschieden) gut gelungen (D6).

Räumliche Veränderungen waren häufig der erste Schritt des Wandels. So wurden zu Beginn sehr viele Patienten entlassen, um der Überbelegung zu begegnen und Platz zu schaffen für Sanierungen und Anpassung an moderne Therapiestandards (D12).

D12 erklärt auch, dass das Finanzvolumen für ambulanten und stationären Sektor in der Psychiatrie gestiegen ist. Die Vielzahl der heutigen Angebote für psychisch kranke Patienten – Behandlungsepisoden im Krankenhaus, Behindertenwerkstätten, Betreute Wohnangebote, Tagesstätten etc. – bedeuten ein breites und verbessertes Angebot. Somit sind aber gemeindenahe Angebote insgesamt nicht kostengünstiger als die stationären Einrichtungen vor Einsetzen der Psychiatriereform.

D3 und D17 äußern sich über die Entwicklung der Psychiatrie in den neuen Bundesländern nach der Wende sehr positiv, da materielle Ausstattung und Finanzierung verbessert wurden, wovon es zuvor einen großen Mangel gegeben hatte. Auch die psychiatrische Versorgung ist deutlich besser geworden, als vor der Wiedervereinigung. Kliniken wurden neu auf- bzw. umgebaut, es wurden ambulante, sowie v.a. komplementäre Strukturen geschaffen.

### **Kritik**

Trotz der allgemeinen positiven Äußerungen über die Veränderungen in der Psychiatrie der vergangenen 40 Jahre üben fast alle Interviewpartner gleichzeitig Kritik auf verschiedenen Ebenen. So berichtet D15, dass „*massenhaft, tausende von Betten abge-*

baut [wurden] im Rahmen der Enthospitalisierung. Jetzt, eine ganze Weile danach, stellt man fest, dass ein paar mehr [Betten] doch ganz gut wären“ (D15). Dennoch ist sie der Überzeugung, dass „es damals auch richtig [war], das derart drastisch zu betreiben um überhaupt zu den Alternativen zu kommen“ (D15).

Auch D12 schildert Ähnliches über den Enthospitalisierungsprozess:

*„Da sind Patienten zum Teil eben massenhaft in Heime entlassen worden, deren Qualität zum damaligen Zeitpunkt auch nicht gar so doll war. Aber die immerhin deutlich besser waren, als die Unterbringung hier [in den Anstaltspsychiatrien im Rheinland, Anm. d. A.]! [...] Das hatte natürlich mit Gemeindepsychiatrie recht wenig zu tun, wenn die [Heime] dann eben im Schwarzwald lagen. Wo es sich halt gerade anbot. Das war im Grunde alles ein Verzweiflungsakt.“*

D14 bemängelt, dass viele Langzeitbereiche in Kliniken „teilweise [...] auch nur umetikettiert [...] wurden zu Langzeitpflegeeinrichtungen. Man darf nicht mehr langzeitpsychiatrisch behandeln, aber man darf langzeitpsychiatrisch pflegen.“ Dennoch hofft der Experte, dass der überwiegende Teil der Patienten tatsächlich enthospitalisiert wurde und in alltagsnäheren Einrichtungen des Betreuten Wohnens (BeWo) untergekommen ist, da es sich bei den Langzeitpflegeeinrichtungen um sehr hospitalisierende Pflege handelt, die die Patienten nicht in ihrer Selbstständigkeit unterstützt (D14). Auch D7 befindet, dass die Enthospitalisierung in Deutschland nicht sehr systematisch abgelaufen ist, da die Patienten nicht nur in Betreute Wohnformen, sondern auch in Altenheime – welche mit der Betreuung psychisch Kranker überfordert waren – und z.T. in die Obdachlosigkeit entlassen wurden (D3, D6, D7, D13).

Durch den Wegfall der Komplexleistung Krankenhaus, wo ein Patient medizinisch und pflegerisch versorgt wird, wo ihm Arbeits-, Sozial- und Psychotherapie an einem Ort zur Verfügung stehen, musste eine ambulante Abdeckung dieser Dienste geschaffen werden. Dies konnte jedoch häufig nicht in ausreichendem Maße umgesetzt werden (D14). So betragen die Wartezeiten (zum Zeitpunkt der Interviews 2010 und 2011) bei niedergelassenen Psychiatern oft einige Monate, weshalb Patienten teilweise auch auf die PIA ausweichen. Auch müssen heute entsprechende ambulante Hilfen aufeinander abgestimmt werden, was bei vielen verschiedenen Trägern – jeder nach einem anderen So-



zialgesetzbuch arbeitend – zu Problemen führen kann (s. Kapitel 3.3.1.2 *Folgen der zersplitterten Finanzierung*) (D14).

Die positive Errungenschaft der Abschaffung psychiatrischer Langzeitbereiche und Verkürzung der Behandlungsdauer, haben für D14 und D18 jedoch auch eine Schattenseite: um die meisten Menschen nicht zu lange zu behandeln, würden manche nicht lange genug behandelt. Dies ist ein ernstzunehmendes Problem, da diese Menschen aufgrund zu kurzer stationärer Aufenthalte schnell erneut eingewiesen werden und somit den Drehtür-Effekt begründen (D14; s. Kapitel 3.2.1 *Einhergegangene Veränderungen*). Auch D18 nennt die durchaus schützenden Aspekte der Institutionalisierung, z.B. gegen „*Verwahrlosung und Obdachlosigkeit*“. Solche Dinge würden heute bei Patienten oft erst spät entdeckt (D18).

Das noch heute bestehende Problem der Zersplitterung der Kostenträger ist auch auf dem Weg der Deinstitutionalisierung und Umsetzung Psychiatrie-Enquête hinderlich gewesen (D12, D16):

*„Das heißt aber nichts anderes, dass eine Psychiatrie, die ja eigentlich auf eine umfassende Versorgung angewiesen ist, ständig mit dieser Zersplitterung der Kostenträger kämpft. [...] Das war immer schon so. Und das hat das Tempo der Reform natürlich sehr sehr stark begrenzt. [...] man HAT keine psychische Erkrankung, man IST psychisch krank. In allen Lebensvollzügen. In seinen sozialen Zügen. In allem eigentlich gestört. Dann braucht man auch eine Kombination von medizinischer Hilfe und medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation. Und das ist nicht hinzukriegen. Und diese Zersplitterung hat das Tempo der Veränderungen natürlich sehr sehr stark gehemmt. Immer.“* (D12)

D11 beschreibt die Entwicklung der vergangenen 40 Jahre als positiv, jedoch gebe es einige Stimmen, die der Meinung sind, die Situation habe sich im Gegensatz zu damals verschlechtert. Zudem merkt er kritisch an, dass immer noch 70 % aller Gelder der deutschen Psychiatrie in die stationäre Versorgung fließen.

Die meisten Experten sind letztlich der Ansicht, dass sich Vieles in der Psychiatrie zum Positiven gewendet hat, aber noch viel zu tun ist und auch in Zukunft Veränderungen

notwendig sein werden. D14 sagt, man entdecke immer wieder Stellen, wo etwas nicht stimme. Dennoch bewertet er die Situation als deutlich besser vor 20, 30 Jahren.

*„Es greift ein Satz, der für mich zu einem Leitsatz geworden ist in der Gemeindepsychiatrie: ‚Die Lösungen von heute sind die Probleme von morgen‘. Und es gibt keine Lösung ohne Nebenwirkung“. (D14)*

### **3.3.1.2 Bewertung der derzeitigen Situation**

Wie bereits beschrieben, schätzen die Interviewpartner die Veränderungen der Deinstitutionalisierung und den derzeitigen Zustand der Psychiatrie in Deutschland überwiegend positiv ein. Dennoch äußern sie reichlich Kritik und Verbesserungsvorschläge, vor allem zu den folgenden Themenkomplexen:

- Kooperation stationärer und ambulanter Behandlung
- Zersplitterung der Finanzierung und deren Folgen
- Situation der Patienten

### **Stationäre Behandlung**

Zwei der wichtigsten Ziele der Enquête-Kommission waren die Reduzierung des stationären Volumens in der Psychiatrie und die Schaffung einer ambulanten gemeindenahen Versorgung. Auf beiden Gebieten ist viel umgesetzt worden: die Anzahl psychiatrischer Betten hat stark abgenommen und die ambulante und Komplementärversorgung wurden stetig ausgebaut. Die Experten sind sich dennoch uneinig darüber, inwiefern die Ziele der Enquête erreicht wurden und wie weit die Veränderungen noch gehen können. Bei Fragen zur Deckung des Bedarfs verschiedener Angebote können die meisten Experten nur für ihre Stadt bzw. Region sprechen, somit können viele der Aussagen nur eingeschränkt auf das gesamte Bundesgebiet bezogen werden.

D4, D5, D6, D8, D11, D13, D16, D17 und auch D18 halten eine weitere Bettenreduktion im stationären Sektor und mehr Ambulantisierung für möglich und befürworten dies. Voraussetzung dafür ist jedoch ein dichteres Netz ambulanter und tagesklinischer Angebo-

te und die Verbesserung bestehender ambulanter und komplementärer Dienste, was jedoch noch nicht überall ausreichend gewährleistet ist.

*„Das Hauptproblem denke ich ist, dass wir eine zunehmende Klinifizierung bekommen, dass die Psychiatriereform auf halber Strecke stehen geblieben ist. Da kam eine Enthospitalisierungswelle, wir haben versucht eine gemeindenahere Versorgung aufzubauen und geraten jetzt an eine Grenze.“ (D17)*

D6 hingegen ist der Ansicht, dass *„man von heute auf morgen Krankenhausbetten abbauen und die ambulant machen [könnte]. Das ist einfach so. Das weiß jeder“ (D6)*. Auch haben die Krankenkassen als Kostenträger durchaus Interesse an weiterer Bettenreduktion (D8, D13). Die durch Bettenabbau freigewordene Mittel könnten im ambulanten und komplementären Sektor investiert werden. *„Aber das kann man öffentlich nicht sagen. Die Krankenhäuser sind mittlerweile ja privatisiert und das wäre dann ja ein Geldverlust für die“ (D6)*. Auch D12 äußert, dass die Kliniken quasi *„gezwungen [sind] Betten zu füllen. Man belohnt ja heute über die Finanzierung, wenn man [...] möglichst vollständig belegt. Ich sag mal, jedes Bett schreit so lange bis einer drin liegt“ (D12)*.

*„Wenn es uns gelingt die Behandlungsepisoden aus dem Gefängnis der jeweiligen abgeschotteten Systeme – hier das Krankenhaus, dort ein niedergelassener Arzt, da die Institutsambulanz – herauszuholen, dann brauchen wir auch weniger Betten. [...] Ich glaube die Krankenkassen würden immer noch ganz froh sein, wenn der Bettenabbau voranschreiten würde. [...] Wenn man es rein auf die Bettenabbaufolge reduziert, würde diese Entwicklung fehlgeleitet. Man muss das Ganze mit einer qualitativen Frage verknüpfen: Je mehr es gelingt integrierte Versorgungsprozesse zu gestalten, umso mehr Betten können wir auch abbauen. Ich muss einen Ersatz beschaffen. [...] Bisläng ist es aber so, dass der Anreiz das Bett zu verlassen für Krankenhäuser nicht groß ist. Dann kommen die sofort in Finanzierungsprobleme.“ (D13)*

*„Man könnte sicher auch viele Krankenhausleistungen über einen IV-Vertrag nicht-stationär durchführen. Wenn man ambulantisieren soll, ist das Problem, dass das bei den Kassen schon immer heißt: „Das ist ein anderer Topf“. Und*

*dann funktioniert das erst recht nicht. Ich glaube aber schon, dass sie im Prinzip einen ganzen Teil noch raus bringen können.“ (D18)*

*„Es ist richtig, wir hier in Deutschland haben da noch Potenzial mehr von der stationären Versorgung hin die ambulanten Versorgungsbereiche überzugehen, aber nicht endlos.“ (D16)*

D16 spricht hier, wie viele andere Experten auch, an, dass die Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung ihre Grenzen haben (D1, D4, D5, D7, D8, D13, D16, D17, D18). Zum einen würden sich bei weniger Betten die Wartezeiten auf stationäre Behandlung verlängern (D16). Zum anderen fehlen (derzeit) Alternativstrukturen (D5, D13, D17). Außerdem mangelt es in der Bevölkerung an Bereitschaft zur vollständigen Integration psychisch Kranker (D17). Vor allem aber sagen die Experten, dass ein gewisser Bedarf an stationären Betten vorhanden ist und auch immer vorhanden sein wird, um wirklich Akutkranken eine „Zuflucht“ zu bieten (D1, D4, D5, D7, D8, D16, D17, D18).

*„Man geht nicht gerne in die Psychiatrie, aber die Notwendigkeit ist eben da. Aber ich denke, dass die stationäre Behandlung immer notwendig sein wird.“ (D17)*

*„Man muss andererseits aber auch sagen, dass Ambulantisieren und Dehospitalisieren eben auch seine Grenzen hat. Es gibt ganz viele Patienten, die stationäre Behandlung brauchen. Und die dankbar sind, dass es eine stationäre Einheit gibt, wo sie sich auch mal rausziehen können aus diesem Druck, der ambulant herrscht. Diesem ‚Gesundwerde-Druck‘, der dann auch wieder kontraproduktiv sein kann. Und das muss man auch mit im Blick haben und darf nicht übers Ziel hinausschießen und sagen, dass stationäre Einheiten grundsätzlich verschwinden müssen oder nur noch akuteste Behandlungen ausführen, die mit stationären Behandlungsdauern von drei oder fünf Tagen auskommen. Dann bekommt man zwar die akuteste Akutsituation oder -bedrohung in den Griff, aber langfristig macht man da gar nichts gut. Es führt eher dazu, dass es immer wieder zu solchen Krisen kommt und damit der Patient eher destabilisiert als stabilisiert wird.“ (D8)*

Dass dieser Bedarf an stationärer Behandlung vorhanden ist, sehen einige Experten an der Überbelegung ihrer Stationen (D5, D7, D17). Sie sprechen auch von Erweiterungsbedarf, teilweise im stationären, vor allem aber im tagesklinischen Bereich (D5, D7, D18). Tageskliniken sind durch die Tagesstrukturgebung vor allem für mittelschwer Erkrankte eine „*sehr effektive Behandlungsmöglichkeit*“ (D5). D18 berichtet, dass in seinem Verantwortungsgebiet das erste Mal seit Jahren bereits wieder Betten aufgestockt wurden.

*„Das Bedürfnis von psychiatrischen Patienten sich auch stationär aufnehmen zu lassen, ist so groß in der Allgemeinbevölkerung, dass wir [die psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus, Anm. d. A.] mehr oder weniger aus allen Nähten platzen und wir insofern auch sehr froh sind, wenn wir Krisen auch schon ambulant abfangen können, bevor sie zu uns kommen.“* (D5)

*„Und es gibt eigentlich für alle Teile der psychiatrischen Versorgung, egal ob es das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt ist, egal, ob das betreute Wohnangebote sind, oder Arbeitsrehabilitationsangebote sind, einen deutlich höheren Bedarf, als wir ihn im Moment abdecken“.* (D7)

Dieser erhöhte Bedarf liegt nach Meinung des Experten D7 an dem Anstieg bestimmter psychischer Erkrankungen, wie auch an der gesunkenen Hemmschwelle, psychiatrische Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. D7 spricht sich zudem für eine „*Mischung*“ aus ambulanter und stationärer Behandlung aus. Vorteil des Krankenhauses – sowohl im stationären, tagesklinischen Bereich als auch in den PIA – ist die ständige Verfügbarkeit, die Komplexbehandlung durch mehrere Berufsgruppen und die geringeren Wartezeiten.

### **Ambulante und komplementäre Dienste**

D5 ist zuversichtlich, dass die Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung weiter zunehmen wird.

*„Der Druck der Kostenträger nimmt zu, integrierte Versorgungsmodelle nehmen zu. Es wird sicher der Anteil der ambulanten Patienten steigen. Ich begrüße das, ich möchte das auch.“*

D6 betont die Wichtigkeit der Schaffung von Alternativen und Komplementärangeboten (Kontaktstellen, ambulanten BeWo, SPZen). Diese müssen niedrighschwellig und preisgünstig sein, sowie mit ambulanter psychiatrischer Behandlung begleitet werden, um zu verhindern, dass chronisch psychisch Kranke in Langzeiteinrichtungen „verschwinden“. D6 ist der Ansicht, dass der komplementäre Sektor in seiner Stadt gut aufgestellt ist und vielfältige Angebote hat. Was fehlt, ist ein aufsuchender Krisendienst in seiner Stadt, ebenso wie familientherapeutische Konzepte um junge Erkrankte in den Familien zu halten. Grund sei vor allem fehlendes Personal. In anderen Städten und Regionen hingegen existiert solch ein aufsuchender Krisendienst bereits und die Experten werten ihn als sehr wirksames Mittel zur Verhinderung stationärer Einweisungen (D14, D15, D18).

D6 plädiert weiter vehement für Behandlung, Pflege und Begleitung der Patienten in deren Lebensumfeld. *„Es wäre deutlich besser, wenn wir diese Versorgung ambulanter, gemeindenäher und lebensfeldorientierter anbieten könnten. Da ist auf alle Fälle ein Defizit da“* (D6). Es gibt auch immer wieder gut funktionierende Modellprojekte auf diesem (und in anderen) Bereichen, welche jedoch zeitlich begrenzt und nicht weiter finanzierbar sind (D6).

D5, D17 und D18 äußern sich sehr positiv über die PIA, da sie es ermöglichen, stationär entlassene Patienten ambulant mit ihnen vertrautem Personal weiterzubehandeln. Sie werten dies als großen Vorteil und die PIA dadurch als effektive ambulante Behandlungsform. In den PIA besteht zudem eine Chance, Krisen akut und ambulant aufzufangen und eine stationäre Einweisung so zu vermeiden (D5). Ein Problem ist allerdings die Finanzierung. Zum einen wurde bei den PIA *„die Deckelung vergessen“* (D12), d.h. sie laufen parallel zum stationären Entgelt und bieten den Krankenhäusern eine Möglichkeit ihr Budget zu durchbrechen (D12, D18). Zum anderen konkurrieren niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten mit den PIA um den finanziellen Anteil der ambulanten Versorgung (D18).

Die Facharztbehandlung im niedergelassenen Bereich wird von den Experten sehr positiv bewertet (D3, D4, D15, D16). Nach Ansicht von D15 wird die Enthospitalisierung

hierzulande durch die ambulante fachärztliche Versorgung vollständig aufgefangen. Was stationär nicht geboten werden kann, kann ambulant angeboten werden.

*„Das sehe ich schon als großen Vorteil an, diesen Luxus zu haben einfach in der ambulanten Versorgung zum Facharzt zu gehen. Einfach aufgrund der Qualität der Versorgung. Das ist ein sehr sehr hoher Qualitätsanspruch, der bei uns umgesetzt wird. Das sucht in vielen Ländern seinesgleichen.“ (D16)*

D17 hingegen kritisiert die eingleisige Behandlung beim Niedergelassenen. Es fehle die Komplexbegleitung bspw. durch Sozialarbeiter. Und auch D16 merkt trotz Fürsprache kritisch an, dass die Versorgungsstrukturen durch die niedergelassenen Psychiater zusätzlich zergliedert werden:

*„Andere Länder, die [...] die ganze medizinische Versorgung psychisch Kranker über die Krankenhäuser organisieren, können leichter sagen, dass sie jetzt statt stationärer Behandlung mehr ambulante Angebote machen und das verlagern. [In Deutschland] haben wir aber das Parallelsystem der Facharztschiene, das ja schon existiert. Also haben wir da eine Schnittstelle, die es erst einmal zu überbrücken und hinterfragen gilt, warum haben wir das eigentlich? Und braucht es die? Und was machen denn die Psychiater, die in der Klinik in einer PIA arbeiten anders, wenn Sie einen Patienten ambulant behandeln als die Niedergelassenen. So große Unterschiede gibt es eben nicht. Und weil fachlich, von der Behandlung her, die Unterschiede nicht so groß sind, ist der Gesetzgeber in Deutschland hingegangen und hat unterschiedliche Patientengruppen definiert. Die einen, die so und so schwer krank sind, dürfen eben in die Ambulanzen, den PIA an den Kliniken. Und die anderen werden von den Fachärzten behandelt. Da ist schon mal wieder ein Streitpotenzial geschaffen, was es schwierig macht, diese Schnittstellen dann auch zu überwinden.“ (D16)*

Eine Schwierigkeit in der ambulanten Versorgung psychiatrischer Patienten sehen einige Experten bei den Allgemeinärzten, welche häufig erste Anlaufstelle für psychisch Kranke sind, aber oftmals nicht genügend psychiatrisch ausgebildet sind (D7, D17).

Kritisiert wird auch die Arbeits- und Wohnungsnot vor allem für chronisch Kranke (D9, D14, D17). So haben sich die Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten in den letzten 30 Jahren deutlich verbessert, aber „im Arbeitsbereich ist nichts gelaufen“ (D9). Auch D14 fordert mehr Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen, denn: „Da fehlt es richtig“.

*„In unserem Versorgungssystem ist keine breite Palette an Möglichkeiten vorgesehen. Es gibt Fördermaßnahmen für den allgemeinen ersten Arbeitsmarkt, das wirkt ja auch bei einem Teil der Leute. Dann gibt es mit einem ziemlichen Sprung den zweiten Arbeitsmarkt, über Werkstätten für behinderte Menschen, WfbM. Aber es gibt nichts dazwischen. Es gibt auch nichts unter WfbM. WfbM setzt eine niedere Qualifikationsanforderung voraus. Aber Sie haben nichts für Leute, die noch ziemlich arbeitsfähig sind, aber nicht für den allgemeinen Arbeitsmarkt und für eine WfbM wiederum in der Regel noch zu gut sind. [...] Wir haben [aber auch] viele Menschen, die [...] sogar noch unter WfbM-Niveau sind. Die können nur zwei, drei Stunden am Tag arbeiten, benötigen aber einfach eine Tagesstruktur, die eine Arbeit ihnen geben könnte. Aber für so begrenzte Arbeitsfähigkeit gibt es wenige Möglichkeiten.“ (D9)*

Ein weiterer Fehler ist die stets begrenzte Dauer der Fördermöglichkeiten. Dies betrifft neben vielen anderen Bereichen sehr häufig Wiedereingliederungsmaßnahmen (D9).

D6 und D16 halten den ambulanten-komplementären Sektor – auch im bundesdeutschen Vergleich – in ihrer Stadt für gut ausgebaut. Sie loben die Vielseitigkeit der Angebote und deren Niedrigschwelligkeit, wodurch vielen Menschen der Zugang erleichtert werde. Dennoch gibt es immer einen größeren Bedarf.

*„Irgendwie reicht es halt nie, glaube ich.“ (D16)*

### **Kooperation der Sektoren**

Ein häufig angesprochenes Problem sehen viele Experten in der strikten Trennung ambulanter und stationärer Versorgung (D1, D6, D8, D9, D11, D12, D13, D17). Angesprochen auf die Zusammenarbeit der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institu-



tionen, antwortet D9: *„Es geht. Aber ich könnte mir erhebliche Fortschritte vorstellen.“* Für D17 hingegen ist die *„Trennung von ambulant und stationär [...] das Hauptproblem in der bundesdeutschen Gesamtversorgung“*.

Da psychiatrische Behandlungen im Krankenhaus und beim Facharzt nicht aus einer Hand organisiert und finanziert werden (s. Kapitel 3.1.1.1 und 3.1.1.8) und es kein Entlassungsmanagement gibt, kommt es häufig zu Sollbruchstellen beim Übergang zwischen den beiden Sektoren (D9, D10). Viele Patienten verlieren somit nach ihrer Entlassung den Anschluss an die ambulante Weiterbehandlung. Die Zergliederung des Systems hemmt damit die patientenorientierte Behandlung (D8, D11, D17). Vor allem chronisch kranke Patienten benötigen außerhalb der Klinik Komplexleistungen. Doch diese Komplexleistung muss zunächst zusammengestellt werden, d.h. alle Kostenträger müssten zusammenkommen und verhandeln, was de facto nicht stattfindet (D6, D9, D11). Die massive Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung verhindert eine Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten und wird zudem durch finanzielle Anreize gefördert (D11, D12, D13, D16; s. Abschnitt *Finanzierung*). Laut D17 ist dadurch keine Beziehungskonstanz für die Patienten möglich und es kann zu einem Beziehungs- und Behandlungsabbruch kommen.

Es existiert kein sektorübergreifendes Denken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sondern eher Konkurrenzdenken um die finanziellen Ressourcen, dies allerdings auch innerhalb z.B. des ambulanten Sektors zwischen den niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten und den PIA (D16). Eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung ist in jeden Fall notwendig (D12).

*„Die psychiatrische Versorgung setzt sich zusammen aus ganz vielen fragmentierten unzusammenhängenden Teilen und wenn man was ändern wollte, wäre es vielleicht eine Verbindung dieser verschiedenen Teile zu schaffen auf die Zielgruppe [die Patienten, Anm. d. A.] hin. Das wäre vielleicht hilfreich.“* (D14).

D3, D4, und D15 hingegen teilen die Ansicht, dass die Vernetzung der Akteure im Einzelnen verbesserungswürdig ist, aber im Großen und Ganzen gut funktioniert. D4 hat gute Erfahrungen bei der Kooperation der Institutionen gemacht und sieht keine größeren Probleme. D3 ist nicht der Ansicht, dass das getrennte System gut funktioniert,

*„aber ich denke, es ist schon nicht so schlecht. Es hat natürlich Riesenmängel. [...] Aber [...] ein durchdachtes, besseres System kenne ich nicht.“ (D3)*

### **Organisationsstruktur**

Einige Experten beurteilen es als nachteilig, dass die Bundesländer viel eigenen Spielraum bei der Gestaltung des rechtlichen Rahmens der psychiatrischen Versorgung haben, *„denn letztlich werden der Gleichstellungsanspruch und das Gleichstellungsrecht, was im Grundgesetz verankert ist, dadurch hintergangen. Es kann nicht sein, dass Gesetze zu Zwangseinweisungen von einem Land zum anderen variieren“ (D17)*. D7 kritisiert, dass es keine einheitliche Versorgungskonzeption innerhalb Deutschlands gibt, welche bspw. reguliert, wie viele stationär oder ambulant betreute Wohneinrichtungen geschaffen werden, um den Menschen überall einheitliche Standards zu bieten. So ergeben sich große regionale Unterschiede auch beim gemeindepsychiatrischen Angebot, welches ebenfalls über die PsychKGs der Länder geregelt wird (D11, D12, D13). *„Auf der anderen Seite glaube ich, muss es immer die Möglichkeit geben, regional Bedarfe tatsächlich auch mit abzudecken“*, meint D7. Und da es bspw. zwischen den Flächenstaaten und den Stadtstaaten, aber auch in der Altersstruktur der Bevölkerung der Bundesländer z.T. erhebliche Unterschiede gibt, ist es notwendig die psychiatrische Versorgung den regionalen Bedürfnissen anzupassen (D7).

### **Personal**

Eine Herausforderung, welche im stationären wie im ambulanten Sektor besteht, ist der Mangel an Psychiatern (D7, D8, D10, D16, D17, D18). Dies betrifft vor allem ländliche Regionen und hier besonders gravierend die östlichen Bundesländer (D16).

*„Da haben Patienten mitunter schon gar keine Möglichkeit mehr psychiatrisch ambulant behandelt zu werden. Die kommen automatisch in die Krankenhäuser und dort in die PIA. Das Problem ist nur, dass die PIA gar nicht den Behandlungsauftrag haben mittelschwere depressive Erkrankungen zu behandeln. D.h. das wird auch gar nicht finanziert.“ (D16)*

Doch auch in den Großstädten können die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten den Bedarf z.T. nicht erfüllen. So berichten D2, D3, D10, D14 und D15 über Wartezeiten von drei bis acht Monaten bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten. D3 betont jedoch, dass die Akutbehandlung (zumindest in seiner Stadt) gewährleistet ist. Noch länger (von ein bis anderthalb Jahren berichtet D2) wartet man z.T. auf einen psychotherapeutischen Therapieplatz, was bspw. nach einem Suizidversuch viel zu lange ist (D2, D14). D7 weist darauf hin, dass es bei zu langen Wartezeiten bei einigen Patienten zu Chronifizierungsverläufen kommen kann. Deshalb sind die personelle Unterversorgung in der Psychiatrie und die daraus resultierenden langen Wartezeiten für ihn das gravierendste Problem.

Experte D17 berichtet, dass in seiner Klinik *„die Kapazitäten schon seit mehreren Jahren nicht ausreichend“* für den Bedarf sind. So ergeben sich erhöhte bzw. zu hohe Auslastungszahlen bei der Bettenbelegung und Knappheit beim Personal. Seine Klinik bietet aufsuchende Hilfen von Teams an, um die Integration der Patienten in ihrem Umfeld zu unterstützen. Aufgrund des hohen Bedarfs und des Mangels an personellen Ressourcen, können diese Besuche oft aber nur von einzelnen Mitarbeitern vorgenommen werden und häufig ist es daher auch einfacher, Patienten stationär zu behandeln (D17). Unzureichende bzw. fehlende ambulante psychiatrische Versorgung, wie sie vor allem in ländlichen Regionen häufig vorzufinden ist, führt daher zu vermehrter und teilweise verfrühter stationärer Einweisung (D1, D2, D17 und D18).

Zwar sind in vielen Regionen und Bezirken nach KV-Planung ausreichend Ärzte tätig und alle KV-Sitze belegt, jedoch merkt D14 über seinen Bezirk in Berlin an, dass von der *„hohen Zahl der Niedergelassenen nur ein Bruchteil dafür [die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, Anm. d. A.] zur Verfügung steht und der andere Teil macht irgendetwas anderes. Füllt aber die Liste auf“* (D14). Auch D5 und D17 kritisieren die KV-Planungsbezirke, da die Sitze häufig mit Nervenärzten besetzt sind, welche eben auch – oder sogar zum überwiegenden Teil – neurologische Patienten behandeln. Somit könne eine Region zwar auf dem Papier ausreichend psychiatrisch versorgt sein, in der Praxis dagegen eine Unterversorgung existieren, mit negativen Folgen für die psychiatrischen Patienten (D5, D17).

## Finanzierung

Der größte Kritikpunkt, in der Literatur wie auch bei den Interviewpartnern, ist die gesplittete Finanzierung der deutschen Psychiatrie (D3, D7, D8, D9, D10, D12, D13, D14, D16, D17, D18). Dies ist u.a. dem historisch gewachsenen System der Sozialleistungsträger geschuldet. Wie in Kapitel 3.1.1.8 beschrieben, werden stationäre und ambulante Behandlung von den Krankenkassen finanziert, wobei den niedergelassenen Psychiatern noch die KVen zwischengeschaltet sind. Die Rentenversicherungsträger hingegen finanzieren Rehabilitationsbehandlungen, die Pflegeversicherung die ambulante psychiatrische Pflege und die Sozialhilfeträger viele Komplementärleistungen. Prävention, Therapie, Pflege, Rehabilitation und Wiedereingliederung kommen nicht aus einer Hand, was die Kooperation der Träger erschwert, kritisieren die Experten. Das System ist „nicht mal unterfinanziert, vielleicht das auch, aber vor allem falsch finanziert“ (D9). Außerdem „macht [das] natürlich für den Betroffenen unendlich viel Frust zum Teil. Das macht [...] die Entscheidungswege länger. Das ist sicher etwas, das verbessert werden kann“ (D7). Ein einheitlicher Finanzierungstopf würde besser funktionieren (D7). Psychisch Kranke finden sich im Netz der Versorgungsstrukturen häufig nicht zurechtfinden. Diese Behandlungsstränge verlaufen parallel, anstatt zu kooperieren:

*„Wir haben über Jahre gekämpft im Kosten- und Finanzierungsausschuss der Psychiatrie-Enquête. Denn die unterschiedlichen Financiers verhalten sich alle, ich hab immer gesagt, wie beim Kindergeburtstag. Alle sitzen im Kreis, ein Wattedausch in der Mitte, und man pustet. Und da, wo er runterfällt, der hat verloren. So verhalten sich [Kranken-] Kasse und Sozialhilfe und Rentenversicherungsträger. Bei der Frage wer denn jetzt ein sinnvolles Angebot finanziert, da sagen alle ‚Super, aber ich nicht!‘ Und das macht es eben so schwierig, gerade in der Psychiatrie, wo die Finanzierung gar nicht so abgrenzbar ist. [...] Dann braucht man auch eine Kombination von medizinischer Hilfe und medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation. Und das ist nicht hinzukriegen.“ (D12)*

*„Jeder Sozialleistungsträger [ist] bemüht, so schnell wie möglich jemand anderen zu finden, der für ihn zahlen muss“ (D10).*

So gibt es auch immer wieder Fälle, bei denen ein Patient „kippt“, weil Antragsbearbeitungen zu lange dauern (D10). Die getrennte Finanzierung bedingt auch das fehlende sektorübergreifende Denken und Handeln, welches D16 bereits erwähnte.

Ab 2013 wird ein neues Entgeltsystem für die Psychiatrie eingeführt. Grund für die Einführung sind explodierende Krankenhauskosten. Das neue Entgeltsystem soll als kostenkontrollierendes Finanzierungssystem dienen (D16). Bei gefundener Leistungsdefinition ist es *„zweitrangig, ob [man] für diese Leistung einen stationären Behandlungsrahmen braucht, oder ob [...] ein teilstationäres oder ambulantes Setting braucht“* (D16), was die Kooperation der Sektoren in ihren Augen vereinfacht. Das neue Entgeltsystem wird jedoch nicht von allen Seiten gut aufgenommen. Diagnoseorientiertes Abrechnen Tagespauschalen ist in der Psychiatrie nicht möglich, argumentiert D17:

*„Das ist so undurchdacht und ist – auch ganz typisch – nicht an den Bedürfnissen der psychisch Kranken orientiert, sondern eher gedacht, um Transparenz für die Kostenträger zu schaffen, die nicht mehr Geld ausgeben wollen.“* (D17)

Zudem ist ambulante Behandlung nicht immer grundsätzlich günstiger als stationäre, wie ein Beispiel der integrierten Versorgung in Itzehoe zeigt (D16). Denn auch ambulante Krisenintervention benötigt sehr viel Personal. *„Das ist eh immer die die Crux an der psychiatrischen Versorgung: es ist sehr personalintensiv. Und Personal ist eben mit der teuerste Wirtschaftsfaktor. Es ist also eher die Frage, [welche Behandlung] effizienter ist. Kostengünstiger wird es [ambulant] sicher nicht“* (D16).

D3, D9 und D18 kritisieren zudem die zu niedrigen Budgetsätze der niedergelassenen Psychiater. Diese lassen keine ausreichende Behandlung zu, da psychisch kranke Menschen häufig mehrfach im Quartal erscheinen und zudem längere Sitzungen benötigen.

D11, D13 und D17 üben Kritik an der „Ökonomisierung“ der Psychiatrie, da sie die Versorgung geldgesteuert werden lässt (D13). Und *„Veränderungen kommen immer dann, wenn es ans Portemonnaie geht“*. Die derzeitige Finanzierung fördere eine Klinikzentrierung und *„solange ich mit einem Klinikbett mehr Gelde bekomme, als wenn ich ambulant behandle, wird das auch so bleiben. Eine wirkliche ‚ambulant vor stationär‘ Behand-*

lung wird immer propagiert, aber finanziert wird das nicht. Und dort, wo das Geld ist, fließen auch die Versorgungsströme hin“ (D17). D11 zitiert in diesem Zusammenhang eine Kollegin, die sagte: „Patient goes, where the money goes“.

### **Folgen der zersplitterten Finanzierung**

Die Aufteilung der Finanzierung psychiatrischer Versorgung zieht einige Folgen mit sich, welche von den Experten größtenteils bemängelt werden. So führt die finanzielle Splittierung zu Doppelstrukturen, „die nicht notwendig wären. Ein Sektor schiebt die Finanzierung in den anderen Sektor. Und dadurch wird es nicht billiger“ (D17). Die beteiligten Institutionen aneinander vorbei arbeiten (D14).

Nun werden seit einigen Jahren auch in der Psychiatrie integrierte Versorgungsmodelle eingeführt, bzw. erprobt (D10, D18). Hierbei handelt es sich um sektorübergreifende Modelle, bei denen die Krankenkassen Verträge mit anderen Versicherungsträgern schließen, um die Zusammenarbeit zwischen stationärer, ambulanter und Rehabilitationsbehandlung, Nachsorge und Pflege zu stärken und zu vereinfachen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012b). Dies funktioniert recht gut (D18). Auch die Kassen hätten mittlerweile die stationäre Versorgung als teuersten Kostenpunkt ausgemacht und steigen nun vermehrt, jedoch (noch) zu selten in diese Verträge ein, so dass immer nur ein kleiner Teil der Patienten profitiere (D13, D18). Häufig sind die Verträge zudem sehr knapp (für die Krankenhäuser) verhandelt (D18). D11 und D13 sehen in der integrierten Versorgung dennoch eine gute Entwicklung und eine Chance den Übergang vom stationären Aufenthalt in die ambulante Nachbehandlung zu verbessern. Durch die Ökonomisierung der psychiatrischen Versorgung beschränken sich die Krankenhäuser rein auf die Akutbehandlung:

*„Den Aspekt der Reintegration, der Nachsorge, nehmen die Kliniken immer mehr aus ihrem Blickfeld heraus und delegieren das an die außerstationären Versorgungsanbieter. Wo man jetzt drum kämpft, ist, dass die ganzen [außerstationären] Versorgungsleistungen nicht alle in die Sozialhilfe abgeschoben werden. [...] Eigentlich müsste man einem Menschen, dem man ein Hilfspaket, welches keine SGB V-Leistung [GKV, Anm. d. A.] ist, anbieten möchte, erstens zum Armen und*

*zweitens zum Behinderten machen. Dann kann er was kriegen [...] von der Sozialhilfe. Mit der integrierten Versorgung hätten wir jetzt die Chance, das Spektrum ein bisschen mehr mit Krankenkassenleistung abzudecken.“ (D13)*

*„Natürlich [haben] diejenigen, die das System der integrierten Versorgung ausgefüllt haben, [...] keinen tiefhumanistischen Hintergrund, sondern die Rechenabteilung hat das ausgeworfen. Die haben eben gesehen, dass die Leute, kaum dass sie entlassen worden sind, wieder ins Krankenhaus gehen.“ (D11)*

Die von D11 angesprochene Rehospitalisierung treibt auch für die Krankenkassen die Kosten enorm in die Höhe. Mit der integrierten Versorgung versucht man nun, dem entgegenzusteuern.

Neben der allgemeinen Kritik gibt es auch fürsprechende Stimmen der getrennten Finanzierung (D4, D12, D15). D15 ist die einzige Interviewpartnerin, die sich ausschließlich positiv über die getrennte Finanzierung ausspricht. Sie sieht darin einen Vorteil, denn viele Träger bedeuten für sie auch eine breite Angebotspalette mit unterschiedlichen Schwerpunkten auf verschiedene Personengruppen: *„Und das ist doch ein Vorteil, wenn man wählen kann“ (D15).*

*„Umgekehrt wären viele Sachen gar nicht entstanden, wenn die Sozialhilfe nicht so einen großen Anteil an der Finanzierung gehabt hätte. Die haben dann solche Veränderungen wie Wohnheime, Wohnplätze, Tagesstätten im Wesentlichen finanziert. Das haben ja nicht die Krankenkassen finanziert. Auch nicht die Rentenversicherung“ (D12).*

Trotz negativer Äußerung über die Zersplitterung der Finanzierung (s.o.), hat auch D10 die Erfahrung gemacht, dass Organisation von Pflege und Behandlung letztlich meist gut funktionieren.

Eine bereits in Kapitel 3.1.1 erwähnte Besonderheit des deutschen Systems ist die Trennung der psychiatrischen und psychosomatischen/psychotherapeutischen Medizin, die es so *„kein zweites Mal auf der Welt“* gibt (D8). Diese Separation wird nach Auffassung von D8 durch die getrennten Finanztöpfe noch verstärkt, da die Akutpsychiatrie von den Krankenkassen, die Psychosomatik mit ihrem rehabilitativen Charakter jedoch

häufig von den Rentenkassen finanziert wird. In der Realität benötigen und erhalten Betroffene sowohl psychiatrische wie auch psychotherapeutische Behandlung. So kann es passieren, *„dass ein Patient da in die Lücke rutscht“* aufgrund von Unklarheiten bei der Finanzierung. *„Das ist schon eine Schwierigkeit, dass das so verschiedene Töpfe sind“* (D8). D12 kritisiert die Trennung die von Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapieebenenfalls, auch weil es viele abgelegene, eigens psychosomatische Rehakliniken gibt. *„Das widerspricht auch jeder gemeindepsychiatrischen Vorstellung. Diese großen Bereiche mit den Psychotherapiebetten verschlingen Ressourcen, die wahrscheinlich besser im gemeindepsychiatrischen oder ambulanten Bereiche eingesetzt worden wären. Das ist, denke ich, ein spezifisch bundesdeutsches Problem. Das gibt es so in der Form sonst nicht“* (D12).

## **Patienten**

Ein Ziel der Psychiatrie-Enquête war die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatischen Patienten, die *„Ausgliederung der Kranken und Behinderten aus ihren Lebensbereichen [sollte] vermieden“* werden (Bundestag, 1975, S. 16). Durch die Enthospitalisierung ist viel erreicht worden. Patienten können z.T. in ihrem gewohnten Umfeld ambulante Pflege erhalten und komplementäre Leistungen, wie Kontaktstellen, wahrnehmen oder auch in betreuten Wohneinrichtungen relativ selbstständig leben (D4, D6, D10, D12, D17). Somit sind die Patienten ein Stück weit in die Gesellschaft integriert worden. Und auch die Abteilungspsychiatrien haben ihren Teil zu dieser Entwicklung und Entstigmatisierung beigetragen (D4, D17).

Ein Grundproblem psychisch kranker Menschen beschreibt D14 jedoch so:

*„Jede Veränderung in einem Bereich, z.B. im Bereich Arbeitsgesetzgebung, wirkt sich sofort in irgendeinem Nebenaspekt aus auf psychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit. Die Pflegegesetzgebung wirkt sich sofort aus auf die Pflege psychisch Kranker. Die [psychisch Kranken] sind immer nur ein kleiner Teilbereich von irgendetwas, aber sie sind immer mitbetroffen und nicht gemeint.“* (D14)



„Im System findet keine Stigmatisierung statt. Und bei der Bevölkerung bekomme ich eher Toleranz mit“, sagt D9. Ersterer Aussage stimmen auch D8 und D7 zu. Uneinig sind sich die Experten jedoch, was die gesellschaftliche Stigmatisierung psychisch kranker Menschen angeht. Einige sind der Ansicht, dass sich in dieser Hinsicht auch in der Gesellschaft viel getan hat, vor allem depressive Erkrankungen und Angststörungen sind heute besser akzeptiert (D4, D5, D10, D14). D1, D7, D15 und D17 hingegen sind etwas zurückhaltender. Sie stimmen zwar grundsätzlich damit überein, dass eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (vor allem affektiver Störungen) stattgefunden hat. Jedoch sind die Vorbehalte in der Bevölkerung psychisch Kranken gegenüber nach wie vor sehr groß und die Stigmatisierung „sehr hoch“ (D1), vor allem gegenüber schizophrenen Erkrankungen (D1, D7, D8, D15, D17, D18).

„Was sich nicht bessert, ist die soziale Distanz zu seelisch Kranken in diesem Land“ (D7).

D17 ist der Ansicht, dass psychisch kranke Menschen heutzutage immer noch von der Gesellschaft exkludiert werden, da sie nach wie vor gesondert behandelt werden:

„Die Gesellschaft [hat] sich insgesamt nicht dazu verständigt, eine wirkliche Integration zu wollen. [...] aber es bedeutet [auch Integration auf dem] Arbeitsmarkt, Wohnungsmarkt usw. [...] Ich denke das ist ein Problem, dass die Gefahr besteht auch ambulante Ghettos aufzubauen [...]. Es gibt eine extra Schwimmveranstaltung für psychisch Kranke, Sportfest für psychisch Kranke. Statt eine Integration zu haben, dass man das System so gestaltet, dass es normal ist Andersartige zu integrieren. [...] Die Gesellschaft spiegelt sich letztlich auch in der Selektion der psychisch Kranken wieder. Das ist das Grundproblem.“ (D17)

D14, D15 und D18 hingegen kritisieren, dass es zu wenige spezifische Angebote für spezielle Patientengruppen gibt. So fehlt es an Kultur- und Geschlechtersensibilität (D14). Zudem gibt es zu wenige Angebote für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund, die nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Differenzen berücksichtigen (D14, D15, D18), bzw. auf die verschiedenen Bedürfnisse beider Geschlechter eingehen (D14). Auch auf alte Menschen wird, vor allem im ambulant-komplementären Bereich wie dem Krisendienst, nicht genügend eingegangen (D14).

Im Zuge der Deinstitutionalisierung und Etablierung der Sozialpsychiatrie gründeten sich Betroffenen- und Angehörigenverbände und -vereine, welche sich für die Anliegen und Interessen psychisch Kranker einsetzten, bspw. die Aktion Psychisch Kranke (APK), der Bundesverband Psychiatrieerfahrener (BPE) oder der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) (D6, D17). Diese Beteiligung und Selbstbewusstseinsstärkung Psychiatrieerfahrener wird von den Experten als sehr positive Entwicklung gewertet (D6, D10, D11, D14, D17). D6, D7 und D17 loben außerdem die Besuchskommissionen und Patientenfürsprecher, welche die PsychKGs vorschreiben. Sie suchen die Kliniken bzw. Abteilungspsychiatrien auf, um die Einrichtungen zu überprüfen, eventuelle Missstände aufzudecken und bei Problemen zwischen Patienten und Mitarbeitern zu vermitteln (SächsPsychKG, 2007, § 3 und § 4). Besuchskommissionen und Patientenfürsprecher sind Zeichen für die Demokratisierung der Psychiatrie und man hat damit gute Erfahrungen gemacht (D6, D7, D17).

Auf das Thema Zwangseinweisungen und -behandlungen angesprochen, stimmten die Experten weitestgehend darin überein, dass dies kein größeres Problem in Deutschland ist, dass es also keine bedenkenswerten Einweisungsraten gibt (D3, D8, D9, D17, D18). Andere wollten bzw. konnten dies nicht beurteilen. Deutschland hat mit einer Rate von 4 - 16 % Zwangseinweisungen zwar einen deutlich geringeren Anteil als Finnland (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Zwangseinweisungen*), weist jedoch laut Kilian et al. *„die im europäischen Vergleich die dritthöchste Rate psychiatrischer Zwangseinweisungen“* auf (Kilian et al., 2012). *„Es gehört zur Psychiatrie dazu“*, sagt D17, und auch D8 und D13 teilen diese Ansicht. *„Zu hoch ist es immer [das Niveau der Zwangsbehandlungen, Anm. d. A.]“*, meint D9. Die Zahlen der Zwangseinweisungen würden *„massiv zwischen den Bundesländern [differieren]“* (D18), was neben unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten wie Bevölkerung und Infrastruktur des psychiatrischen Netzes vor allem den verschiedenen gesetzlichen Regelungen in den PSyChKGs der Bundesländer geschuldet ist (D13, D18). D18 setzt sich außerdem mit der häufigen Kritik Betroffener und Angehöriger auseinander, dass Patienten auch heute noch wenig Mitspracherecht hätten:

*„Ich weiß, dass die Betroffenenengruppen oft beklagen, dass über ihren Kopf weg hohe Dosen [von Medikamenten] verabreicht werden, ohne mit den Patienten zu reden. Es gibt ja auch berechtigte Kritik. Aber die Leute einfach sich selbst und*

*sterben zu lassen, ist eine Alternative, die leider gar nicht so unplausibel ist. Auch in den Betroffenenorganisationen sind eher die Leute organisiert, die ganz gut mit ihrer Erkrankung zurechtkommen und nicht unbedingt die, die wirklich unter die Räder kämen, wenn es keine Versorgung gäbe."*

### **Mögliche und notwendige Veränderungen**

Der am dringlichsten geäußerte Wunsch der Experten nach Veränderungen im psychiatrischen Sektor betrifft natürlich den am häufigsten kritisierten Punkt: die getrennte Finanzierung der deutschen Psychiatrie. So wünschen sich D6, D9, D10, D12, D13 und D18 mehr Flexibilität im System: Anbieter bzw. Financiers der ambulanten, stationären, rehabilitativen und komplementären Versorgung müssen besser zusammenarbeiten. Bei der derzeitigen Strukturierung laufen zu viele Angebote unkoordiniert parallel zueinander und wird zu viel doppelt diagnostiziert.

Der Gesetzgeber hat mit der Integrierten Versorgung bereits die Rahmenbedingungen für sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Klinik, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen gesteckt (SGB V, 1988, Abschn. 11, § 140 a - d). Die integrierte Versorgung soll helfen, die Patientenversorgung zu verbessern und Kosten einzusparen. Als Beispiel für die Integrierte Versorgung nennen D12 und D13 das persönliche Psychiatriebudget, bei dem Gelder aus GKV, GRV und Sozialhilfe für einen Patienten zusammenlaufen und individuell entschieden werden kann, ob ein Patient ambulant, tagesklinisch, stationär oder in der Rehabilitation behandelt wird. Dadurch kann man eine wirklich personenzentrierte Versorgung und individuell angepasste Behandlung erreichen, so die Experten. D13 fordert zudem mehr integrierte Versorgungsprozesse. D9 und D16 plädieren für die Einführung eines Regionalbudgets, wie es in einigen Regionen Deutschlands bereits erfolgreich erprobt wird (vgl. Kapitel 4.3.3). Der Vorteil des Regionalbudgets ist, dass für die medizinische Versorgung einer festgelegten Region, ebenso wie für die Bereiche Wohnen, Arbeit, Rehabilitation und Wiedereingliederung „*alles Geld aus einem Topf kommt*“ (D9). Dadurch kann auch die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zugunsten der Patientenorientierung aufgelöst werden.

Auch D8, D12, D14 und D16 halten das Regionalbudget für eine spannende und sinnvolle Maßnahme, allerdings *„hier [in Deutschland] noch nicht im Ansatz vorstellbar“* (D14) und dessen Umsetzung für *„so unwahrscheinlich, da brauchen wir gar nicht drüber nachdenken, dass das jemals passiert“*. Und auch D12 und D13 denken, dass Regionalbudgets in ländlichen strukturierten Kreisen für möglich sind, in großstädtischen Bereichen jedoch nur schwer bzw. nicht umsetzbar.

Um die Zusammenarbeit, oder den Übergang von Patienten zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu erleichtern, könnte z.B. ein Belegbettensystem, wie es in den somatischen Disziplinen z.T. schon existiert, etabliert werden (D4). Denn das *„Belegsystem würde auch dem Patienten den Schritt in die Klinik zu gehen leichter machen“*. Auch ein guter Pflegedienst kann beim stationär-ambulanten Übergang hilfreich sein (D11).

D9 und D15 äußern als dringendsten Wunsch eine Ausweitung und Anpassung der Angebote für Arbeit und Beschäftigung psychisch Kranker, denn *„die mangelnden Arbeitsmöglichkeiten vor allem für chronisch kranke psychiatrische Patienten sind erheblich“* (D9). D15 plädiert zudem für einen Ausbau der ambulanten Versorgung, sowie der Psychotherapie. Und auch sie fordert wie D14 und D18 verbesserte Angebote für Migranten.

Wünschenswert ist auch eine bessere Evaluation und Monitoring der Versorgung, sowie bessere Statistiken über die Erkrankungen, um die Qualitätsstandards besser aufeinander abzustimmen (D14).

D5 und D8 gehen auf den Ärztemangel ein, welcher sich auch durch den demografischen Wandel noch verschärfen wird. Sie sprechen sich deswegen auch für eine Reduzierung der bürokratischen Hürden und Verwaltungsaufgaben von Ärzten aus, um wieder mehr Zeit tatsächlich den Patienten zu widmen.

D4, D9 und D10 sprechen sich deutlich für mehr Angebote der ambulanten bzw. tagesklinisch-ähnlichen Betreuung in akuten Krisenzeiten aus. Kontaktstellen als niedrigschwellige Angebote (D4) und ärztlich-aufsuchende Hilfen - ähnlich dem finnischen *home treatment* (D5, D10, D11, D18) - könnten Klinikeinweisungen vermeiden. Es muss verstärkt versucht werden, akute Krisen ambulant aufzufangen (D9). Beim *home treat-*

ment besucht ein multiprofessionelles Team psychisch Kranke zu Hause und behandelt die Patienten im Bedarfsfall. *Home treatment* sei „das wirksamste Mittel, Menschen mit psychischen Erkrankungen so zu unterstützen, dass diese wiederum ein möglichst eigenverantwortliches und selbstständiges Leben in der Gemeinde führen können“ (D11). Mit aufsuchenden Hilfen – in Krisensituationen, wie auch regelmäßig bei chronisch Kranken – könnten Chronifizierungen und stationäre Einweisungen vermieden werden und somit trotz anfänglicher Investitionen zudem Geld gespart werden (D5, D10, D11, D12, D13, D14, D18). D5 sieht in den aufsuchenden Hilfen einen Teil der Zukunft der Psychiatrie. Im *Zweiten Sächsischen Psychiatrieplan* heißt es:

„Die Verbreitung von ‚Home Treatment‘ bleibt in Deutschland vor allem aufgrund der Voraussetzungen zur Finanzierung hinter dem Entwicklungsstand anderer Länder zurück.“ (S.40)

Jedoch soll *home treatment* in Sachsen im Rahmen eines Modellprojektes erprobt werden (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2011). D18 hält jedoch die Einführung aufsuchender Hilfen in Deutschland in den nächsten Jahren für nicht sehr wahrscheinlich, da eine solche Entwicklung von den Krankenkassen blockiert werde:

„Was nicht funktioniert, was man aber dringend bräuchte, wäre *home treatment*. Dass man also die Gelder von stationären Patienten bekommt und im gleichen Umfang ambulant anwenden kann. Es gibt da Versorgungsmodelle aus Finnland z.B. für Patienten mit Psychosen, gerade mit Ersterkrankung. Und statt die in eine Tagesklinik aufzunehmen, [geht man] mit dem Tagesklinikteam nach Hause zu den Patienten. Es wird Familienintervention gemacht. Und das geht hier einfach nicht. [...] Wenn Sie so ein tagesklinisches Team durchrechnen und die würden Hausbesuche machen, wie das in Finnland der Fall ist, immer mit zwei Leuten in jeweils zwei Stundensessions, dann könnten die [...] mit dem Patienten und der Familie oder den Arbeitskollegen Interventionen machen. Für die soziale Einbeziehung wäre das wahrscheinlich besser, als die Leute aus dem Kontext raus zu behandeln. Manche brauchen das sicher auch weiterhin, aber bestimmt nicht alle. [...] Das scheitert an der Inflexibilität des Systems.“ (D18)

D6 erkennt die Besserungen und Neuerungen seit der Enquête insgesamt an, im ambulanten und komplementären Bereich hat sich sehr viel getan. Dennoch hält er die Bilanz für ernüchternd und meint, dass es „*eigentlich einer neuen Enquête*“ bedürfe.

### 3.3.2 Finnland

Einige finnische Experten (F2, F8, F10, F16) stellen den Deinstitutionalisierungsprozess der Psychiatrie in Finnland als eine insgesamt sehr rasante Entwicklung dar. Als „*the rapid period of the deinstitutionalisation*“ (F16) beschreiben sie vor allem die Zeit Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, als die Zahl der psychiatrischen Betten sehr stark abnahm und gesetzliche Veränderungen in Kraft traten (s. Kapitel 3.2.2).

Andere Experten hingegen sind der Ansicht, dass das System einen langsamen Wandel vollzogen hat (F1, F6, F7, F11, F12, F14): „*It has been a slow progress*“ (F6). Auch diese Experten bezeichnen die Phase des Bettenabbaus Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre als sehr rasant, doch haben sich die Veränderungen in der Psychiatrie insgesamt über mehrere Jahrzehnte erstreckt. F1, F6, F10, F11 und F14 teilen außerdem die Ansicht, dass der Prozess der Deinstitutionalisierung noch nicht abgeschlossen ist.

*“The change was quite slowly, it took 20 years and it still going on. The number of hospital beds is still dropping”.* (F11)

*“(It) was such a rapid change, [...] to build up good outpatient settings in only a couple of years that is not possible of course. But it is still going on.”* (F10)

*“It takes time to change. The new system was built up and at the same time the old system was not built down immediately. It is quite human, I think. You cannot do everything at the same time”.* (F14)

### 3.3.2.1 Bewertung der Entwicklung

#### Positive Aspekte

Wie auch in Deutschland äußerten sich die Experten in Finnland fast einheitlich positiv über die Deinstitutionalisierung und die Veränderungen, die damit Einzug hielten. So wurden die stationären Aufenthaltsdauern gesenkt und Langzeitbereiche an Kliniken abgeschafft. Weiterhin haben sich die Lebensbedingungen der Menschen mit psychischen Erkrankungen – in Krankenhäusern, wie auch in der Gemeinschaft – deutlich verbessert (F1, F3, F4, F5, F7, F8, F10, F12, F14). Zudem stehen den Patienten heute mehr und effektivere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung (medikamentös und psychotherapeutisch), sie können oftmals in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben und dort auch behandelt werden. Außerdem lastet ihnen weniger Stigmatisierung an. Auch die Langzeitpatienten selbst würden ihre Situation heute als gut und zufriedenstellender bewerten als zuvor, da bspw. die psychiatrischen Pflegeheime näher an den Gemeinden und somit auch näher an ihren Familien sind (F3, F14).

*“I really think that this was a really big positive change” (F14).*

*“I have experienced that it was a good process” (F7).*

*“Of course this kind of major change had many positive outcomes” (F1).*

Experte F9 befindet, dass die permanenten Veränderungen der finnischen Psychiatrie in den letzten 30 Jahren sowohl Verbesserungen, wie auch nachteilige Veränderungen mit sich gebracht haben, weshalb er den Deinstitutionalisierungsprozess weder positiv noch negativ bewertet.

Auch F15 und F16 betonen die allgemeinen positiven Veränderungen, welche die Deinstitutionalisierung für die Patienten mit sich brachte. Dennoch sind sie der Ansicht, dass die Lebensbedingungen der Patienten in den (meisten der) damaligen Großkliniken relativ gut waren und die Patienten ein angenehmes Leben führen konnten. Häufig hatten die Patienten Arbeit oder bestimmte Aufgaben in den Kliniken (Gartenarbeit, Küchenhilfe etc). F15 sagt jedoch auch, dass die damalige Einstellung sehr paternalistisch gewesen sei und heute eine andere Sichtweise darüber herrscht, was gut für die Patienten ist.

Eine weitere positive Entwicklung während des Deinstitutionalisierungsprozesses ist die gesunkene Hemmschwelle von Betroffenen, sich Hilfe zu suchen. Dank Aufklärungskampagnen in Schulen und in der Öffentlichkeit hat auch die Stigmatisierung psychiatrischer Patienten abgenommen und das Thema ist mehr ins den Fokus der Öffentlichkeit gelangt (F6, F7, F8, F14). Auch die Einstellung des Personals gegenüber den Patienten hat sich geändert. Patienten werden nicht mehr als „*hoffnungslose Fälle*“ angesehen, sondern werden besser über ihre Erkrankungen aufgeklärt und dazu ermutigt, arbeiten zu gehen oder sich auszubilden (F3).

### **Kritik**

Kritische Bemerkungen über den Deinstitutionalisierungsprozess äußern die Experten vor allem bezüglich der mit den politischen Reformen einhergegangenen Veränderungen. So der *Act on Specialised Medical Care* von 1991 (s. Kapitel 3.2.2.3 *Administrative Veränderungen*), welcher laut F10 neue Probleme für die Psychiatrie brachte. Durch die Fusion mit den anderen medizinischen Fachrichtungen verlor die Psychiatrie ihren Beirat (*board*) und somit ihre Unabhängigkeit. Infolgedessen gab es Probleme, die Interessen der Psychiatrie zu wahren und bspw. gegen Kosteneinsparungen während der Wirtschaftskrise zu verteidigen (F1, F6, F9, F13).

Die größte Schwierigkeit bestand darin, die aus den Krankenhausschließungen freigewordenen Gelder innerhalb des psychiatrischen Sektors zu halten (F9, F10, F15). F7, F9 und F12, F15 und F16 missbilligen, dass diese Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre aus der Psychiatrie freigewordenen Ressourcen oft anderen Fachrichtungen mit stärkerer Lobby zugedacht wurden, anstatt die ambulante psychiatrische Versorgung weiter auf- und auszubauen.

*“Mental health care was not the top priority during the difficult economic times.”*  
(F15)

*“Psychiatry was deprioritised at that point. Hopefully this will not happen again.”*  
(F16)



Gravierende Veränderungen hinterließ die *State Subsidy Reform* von 1993, welche die Finanzierung des finnischen Gesundheitswesens stark dezentralisierte (vgl. Kapitel 3.2.2.3 *Administrative Veränderungen*). War das System zuvor sehr zentralisiert, so wurde es durch die Reform *“extremely decentralised”* (F6). Die Entscheidungsverantwortung zur Organisation und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung lag nun nicht mehr beim Staat, sondern bei den Gemeinden. Diese Systemänderung wird von den Interviewpartnern F6 und F11 als sehr drastisch beschrieben.

Die Massenentlassungen aus den psychiatrischen Kliniken haben nicht zu einem Anstieg der Obdachlosigkeit geführt (F1, F6). Viele entlassene Patienten gingen in die ambulante oder die Grundversorgung, andere wurden in psychiatrischen Pflegeheimen aufgefangen. Eine Folge des Deinstitutionalisierungsprozesses ist jedoch der Anstieg der Mortalitätsrate psychiatrischer Patienten, auch aufgrund unzureichender ambulanter Nachbehandlung nach Krankenhausentlassung (F11).

Ein Thema, das viele Experten ansprechen, sind die im Zuge der Deinstitutionalisierung gegründeten psychiatrischen Pflegeheime. Viele ehemals hospitalisierte Patienten leben heute in diesen Heimen – auch, weil es zu wenig adäquate ambulante Angebote gegeben hat bzw. immer noch gibt (F10, F15). So gab es zwar einen enormen Rückgang bei der Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten, gleichzeitig leben heute jedoch auch viele Patienten in diesen psychiatrischen Pflegeheimen. F1 sieht eine positive Seite in dieser Entwicklung, da heute jeder Mensch eine adäquate Unterkunft finde. Er betont aber auch, dass es enorme Unterschiede bei der Qualität der Heime gibt, *„and that might not be optimal everywhere”* (F1). F6, F11, F13, F15 und F16 dagegen kritisieren die Entwicklung der Zunahme psychiatrischer Pflegeheime z.T. massiv und nach Aussage von F11 wächst ihre Zahl nach wie vor:

*“If 1.000 people come out from the hospital and 4.000 go in those nursing homes, something is wrong.”* (F11)

F13 und F16 bezeichnen den Prozess lediglich als Enthospitalisierung und nicht als Deinstitutionalisierung, da so viele Patienten aus den ehemaligen Großkrankenhäusern

direkt in die Langzeitpflegeheime gegangen sind. Experte F13 besteht daher darauf, die Entwicklung in Finnland nicht Deinstitutionalisierung zu nennen:

*“I can be the last Mohican in this bloody world to say that it makes a difference to speak about dehospitalisation and deinstitutionalisation. [...] In Italy there has been something that we can define as deinstitutionalisation, because we can see that there is a significant decrease of institutional setting for mental health service users. In Finland there has not happened anything that can be called deinstitutionalisation, ok?” (F13)*

In diesen Heimen gibt es zudem häufig keine Ärzte. Diese Tatsache kann zu übereilten und zu häufigen stationären Einweisungen führen, da den Patienten in den Heimen selbst nicht geholfen werden kann. F16 bezeichnet dies als Fehlentwicklung.

Ebenfalls häufig kritisieren die Experten die Entwicklung der ambulanten Versorgung, die mit der Entwicklung der Deinstitutionalisierung nicht Schritt halten konnte. Die Menschen wurden zwar aus den Krankenhäusern entlassen, aber vor allem zu Beginn der 1990er Jahre gab es ambulant außerhalb der Krankenhäuser keine äquivalenten Behandlungsmöglichkeiten, vor allem nicht für schwer erkrankte Patienten (F1, F7, F10, F16). Die ambulanten Ressourcen sind – auch heute noch – häufig nicht ausreichend entwickelt und von Personalmangel betroffen. Allgemeinärzte in den PHCCs sind oftmals nicht ausreichend ausgebildet, zudem gibt es in den Ambulanzen lange Wartelisten auf einen (Psycho-) Therapieplatz (F1, F2, F10).

F16 gibt zu bedenken, dass die Anzahl der Patienten die gleiche sei wie vor der Deinstitutionalisierung, dass aber die Krankenhaustage pro Patient weniger geworden seien und die Rotation somit schneller geworden ist. Diese Situation führe zu neuen Problemen wie dem sog. Drehtür-Effekt, der während des Deinstitutionalisierungsprozesses enorm zugenommen hat.

*“[...] if somebody is readmitted [to the hospital] within 30 days, you can bet that it is because of a failure of the system.” (F16)*

### 3.3.2.2 Bewertung der heutigen Situation

Auf die Frage, wie sie das psychiatrische Versorgungssystem im internationalen Vergleich einstufen würden, waren sich die meisten Experten einig, dass Finnland über ein sehr gutes System verfügt und im Vergleich zu anderen Ländern gut bis sehr gut da steht (F2, F4, F5, F6, F9, F11, F12, F14, F15). F11 spricht von einem „*well working system*“, F6 betont die vielen und gut ausgebildeten Therapeuten, F8 und F12 loben das sehr effektive Hausbesuchssystem, F14 äußert sich zustimmend zum politischen Engagement für psychische Gesundheit auf nationaler Ebene (*mental health policy*):

*“I would say that in many ways things are better in our country, [...] also that we have certain kind of mental health policy, especially a national level!”* (F14)

*„My own experience is that our standard is higher [than in Germany].“* (F6)

*“There is no reason to be ashamed, if we compare our system to that of other countries.”* (F15)

F9 ist mit der psychiatrischen Versorgung in Finnland überwiegend sehr zufrieden und sieht auch weiter gute Entwicklungen, sagt jedoch auch – aus der Perspektive des mittlerweile verrenteten Psychiaters:

*“If I would still be in charge, I would be constantly worried.”* (lacht)

Die Wichtigkeit psychiatrischer Erkrankungen ist von der Gesellschaft und der Politik mittlerweile erkannt worden (F1, F14, F16). Aufgrund der Zunahme psychischer Erkrankungen und Depressionen als Hauptursache für Frühberentungen, erfährt die Psychiatrie in Finnland mehr Aufmerksamkeit als früher.

Dennoch gibt es viele kritisierte Aspekte, die die Interviewpartner anbringen. Diese betreffen hauptsächlich

- das dezentralisierte System,
- personelle Unterversorgung in einigen Regionen und
- die hohen Zwangseinweisungsraten in Finnland.

### **Dezentralisierung und ihre Auswirkungen**

F7, F8 und F12 sehen die Entscheidungsunabhängigkeit der Gemeinden, die dank des dezentralistischen Systems besteht, positiv. Die lokalen Behörden und Institutionen würden die Bedürfnisse der Bevölkerung und die örtlichen Versorgungsstrukturen am besten kennen und können entsprechend darauf eingehen, was in einem zentralisierten System so nicht möglich ist (F7, F8, F9, F10, F12).

Auf die Frage hin, ob bzw. was dringend an der derzeitigen Versorgungsstruktur verändert werden sollte, antwortet F6:

*“It is a good question. First I would say that there is nothing you could do, because we have no direct influence. But there are plenty of things.”* (F6)

Damit drückt F6 die Misere aus, die mehrere Interviewpartner in der Dezentralisierung des finnischen Versorgungssystems sehen. Vielen Experten ist das System zu stark dezentralisiert. Es wäre einfacher, wenn Organisation und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung zentralisiert und staatlich gelenkt würden, wie es vor Beginn der Deinstitutionalisierung war (F1, F7, F9, F11, F13, F14, F15, F16). Vielen Gemeinden fehlt außerdem das Wissen, wie gute psychiatrische Versorgung zu organisieren und zu kontrollieren ist (F9, F11). Auch ist es rein personell nicht möglich, in jeder kleinen Gemeinde gute psychiatrische Versorgung anzubieten (F7). Deswegen liegt für F11 das größte Problem der Versorgung psychisch Kranker bei den Kommunen selbst.

Einige Experten sehen in der sehr starken Dezentralisierung Finnlands ein Problem und einen Nachteil für die Nutzer (F7, F11, F14, F15, F16) und würden ein etwas zentralisiertes System bevorzugen.

*“I think that if they have good primary care, they can do quite a lot. But then, when the patient has severe problems [...] the situation is very serious. Then the patient needs a lot of treatment besides many other things. So this system is paid by taxes. Many little towns and villages have difficulties with money. And what do they do first? They lower their health services. [...] There are some situations where they say ‘No money, no treatment’.”* (F7)

*“Well, we have some scientific evidence that the decentralisation went too far in some areas of the country. It became a danger for the patients, because it increased suicide rates. It is related to the system that outpatient services neglected the needs of patients who had more severe disorders.” (F16)*

F13 und F15 jedoch halten die Wiedereinführung eines zentralisierten Systems in Zukunft für unrealistisch. Ein neues Gesetz aber unterstützt die Zusammenarbeit einzelner Kommunen (*Health Care Act (1326/2010)*) und zeigt die Tendenzen zu einem weniger stark dezentralisierten System (F6).

F11 spricht sich gegen ein zentralisierteres System aus, aus Ungewissheit, ob ein solches besser funktionieren würde. Notwendig ist jedoch die Fusion oder zumindest Kooperation einiger Gemeinden, da es zu viele gibt (über 300) und viele außerdem zu klein sind, um ausreichende psychiatrische Dienste anzubieten (F1, F6, F9, F10, F11). Solche Kooperationen geschehen jedoch noch zu selten und so werden durch fehlende Zusammenarbeit viele Ressourcen verschwendet (F1, F4, F5, F8 F9, F10, F13). Als einen weiteren Nachteil nennen die Experten die kurzfristige Denkweise der Gemeinden. Anstatt mit langfristigen Veränderungen zu versuchen, bspw. das Problem des Personalmangels zu lösen, nutzen viele personell unterversorgte Gemeinden die Möglichkeit des „Verleihs“ von Ärzten durch private Firmen, was jedoch sehr teuer und daher nicht zukunftsfähig und dauerhaft nicht finanzierbar ist (F9, F10).

Immer wieder wird die enorme Ungleichheit innerhalb Finnlands bei der Verteilung von Ressourcen und bei der Qualität der psychiatrischen Angebote angesprochen. F7 nennt das finnische System *„a broken system“*. Einige Kommunen haben bspw. ausgezeichnet ausgestattete PHCCs, Polikliniken und psychiatrische Ambulanzen, andere wiederum mit extremem Personalmangel zu kämpfen. Die Unterschiede in der Ressourcenverteilung und der Qualität der Versorgung zwischen den einzelnen Kommunen – häufig abhängig von deren wirtschaftlicher Lage – haben durch die Dezentralisierung deutlich zugenommen (F15). Darüber hinaus ist es durch die Dezentralisierung sehr schwierig bis unmöglich landesweit zu planen sowie Standards und Neuerungen durchzusetzen (F1, F14, F15, F16). Und darüber sind sich die Experten einig: nationale sind Standards notwendig, um qualitativ gleichwertige Versorgung überall im Land zu gewährleisten. Dafür bedarf es eines zentralisierte(re)n staatlichen Systems. Das Gesundheitsministe-

rium, bzw. das ihm untergeordnete THL, kann nur Vorschläge geben, aber es gibt keine verbindlichen Vorschriften oder gar Sanktionen, wenn Empfehlungen nicht umgesetzt werden (F6, F10, F13).

F6 stellt das System nicht infrage, jedoch müsse abgewogen werden, welche Leistungen zentral (z.B. fachärztliche psychiatrische Behandlung) und welche dezentral (Grundversorgung) angeboten werden können, da es nicht möglich ist, in jeder Gemeinde Facharztbehandlungen zu gewährleisten (F6).

*„If you look at the development of service systems you always have the question whether we decentralize the services given to people. Or are we centralising? And the reason is in order to get services, you need experts. And you cannot have experts in every municipality. So current movement is actually moving from the decentralized system back to more centralised. [...] And that means that some basic mental health services could be decentralized. You could go to the nearest health care centre and get some help. But if you wish to get more demanding services or have to travel to somewhere to psychiatric outpatient service or to the university clinics. Which is not too far, but farer away.” (F6)*

Mehrfach kritisieren die Experten den Verlust von (Patienten-) Informationen, der mit der Dezentralisierung einhergegangen ist (F4, F5, F10, F15, F16). Vor der *Health Care Reform* 1991 wurden Informationen zu Krankenhausaufenthalten, Ambulanzbesuchen und Rehabilitationsbehandlungen vom Nationalen Gesundheitsgremium (*National Board of Health*) gesammelt. Als 1991 die Gesetzesänderung in Kraft trat und das *Medical Board for Psychiatry* abgeschafft wurde, bauten die Gemeinden ihr eigenes System auf und die Patientendaten wurden nicht mehr zentral gespeichert (F10, F15). Somit hat man heute keinen Überblick darüber, wo Patienten behandelt werden (stationär, ambulant oder in Reha-Einrichtungen) und wo bzw. wie Menschen mit psychischen Erkrankungen leben (ob selbstständig oder in Heimen) (F15). In einem derart dezentralisiert organisiertem System, wie dem finnischen ist es schwierig, einen Überblick über die allgemeine aktuelle Versorgungssituation zu bekommen:

*“I guess that one major problem in Finland is that the system is so decentralised that nobody actually knows what is going on in the country. It is very difficult to know and to compare the regions.” (F16)*

F8 lobt das Modellprojekt in seiner Landschaft Kainuu. Dort übernimmt die Landschaft viele Verwaltungsaufgaben, die normalerweise von den Gemeinden selbst geregelt werden. Dies betrifft auch die Finanzierung und Organisation psychiatrischer Versorgung (Sisäasiainministeriö, 2003). Da somit die Finanzierung aus einer Hand kommt, ist es problemlos, wenn Patienten zwischen den Versorgungsebenen, oder stationärer und ambulanter Betreuung wechseln. Auch in eine andere Gemeinde zu wechseln ist (finanziell) umstandslos. Auch können Mitarbeiter andernorts aushelfen, wenn ihr Patient dort behandelt wird. F8 beurteilt dieses Experiment als sehr erfolgreich und sagt, diese (zentrale) Organisationsform helfe, gerade in dünn besiedelten Gegenden die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

### **Organisation der Versorgung und Kooperation der Sektoren**

Die finnischen Experten bemängeln die heutige strikte Trennung zwischen den Institutionen, mit resultierender schlechter Kooperation und dem Problem, Patientendaten nicht einheitlich speichern und weitergeben zu können (F4, F5, F8, F11 und F13, s.o.). Es gibt eine Grenze zwischen psychiatrischer und somatischer Versorgung, sowie zwischen den an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen. Wenn ein Patient ein anderes PHCC oder eine andere Gemeinde besuchen möchte, oder (zusätzlich) an einer *A-Clinic* (private Suchtkliniken) behandelt wird, benötigt man immer erst das Einverständnis des Patienten, um Daten weiterzugeben. Dies erschwert häufig die Zusammenarbeit der Ärzte (F4, F5, F10, F15).

*“I wish that in the system all psychiatric patients are under the same umbrella, you know. So that we have the same patient records, notes. That would be very important.” (F4)*

Die Trennung der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen bezeichnet F13 als „waste of resources“. Man würde aneinander vorbeiarbeiten, anstatt zu kooperieren. F13 und F14 sehen darin das Hauptproblem der heutigen finnischen Psychiatrie.

Die Aufsplittung der Organisation der psychiatrischen Versorgung entspricht nicht den Bedürfnissen der Patienten, welche häufig auf eine Kooperation der ambulanten, stationären, komplementären und rehabilitativen Institutionen angewiesen sind und Hausbesuche von Krisenteams ebenso benötigen, wie einen Besuch in einer *A-Clinic*. Eine Zusammenarbeit findet jedoch selten statt (F10, F13). Viele Strukturen sind zudem undurchsichtig und bieten den Patienten „Fallen“, da diese oftmals nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen (F14).

### **Ambulante Versorgung**

Mit dem Abbau psychiatrischer Betten wurde ein neuer Fokus auf die ambulante Versorgung gesetzt, was auch neue Probleme mit sich brachte. Immer mehr Patienten wurden und werden in den PHCCs nicht mehr nur von Psychiatern, sondern auch von Allgemeinmedizinern behandelt, auch schwer erkrankte Patienten (F1). Die Allgemeinärzte sind häufig nur ungenügend psychiatrisch ausgebildet, so dass den Patienten eine adäquate Behandlung in der Grundversorgung oftmals verwehrt bleibt (F1, F7, F10, F14). F1 erwähnt jedoch, dass man (an seiner Fakultät) versucht, diese Umstände zu verändern und bereits Studenten besser ausbildet, sowie Weiterbildungsmöglichkeiten für Allgemeinärzte anbietet. Trotz aller Kritik gibt es durchaus positive Beispiele für gute psychiatrische Grundversorgung in den PHCCs (F7).

Auch die psychiatrischen Ambulanzen und Polikliniken haben mit Schwierigkeiten zu kämpfen. Finanzielle Kürzungen und Personalmangel machen ausreichende Behandlung – vor allem für schwer Kranke – schwierig und führen zu langen Wartelisten auf einen Therapieplatz oder gar zu stationären (Wieder-) Einweisungen (F2, F4, F5, F10, F12, F16):

*“My view about this is that, when we cut down the number of beds, we did not develop services for people with psychosis within outpatient care. The relative lack of outpatient services for those with severe mental disorders causes the fact that the treatment is not good enough, so they keep getting back to the hospital.”*

(F16)



F2, F8, F12 und F15 halten daher aufsuchende Dienste von Krisenteams, wie das *home treatment*, für sehr sinnvoll und erfolgreich, gerade auch in Akutsituationen und bei schwer kranken Patienten. F1 kritisiert, dass diese zu häufig nur in großen Städten angeboten werden, während F8 auch über solche Leistungen im ländlichen Raum berichtet.

### **Komplementärversorgung**

F1 und F12 loben die psychiatrischen Pflegeheime, da dort jeder Mensch eine adäquate Unterkunft findet und die Patienten recht selbstständig leben können, im Bedarfsfall aber rund um die Uhr auf Hilfe zurückgreifen könnten (F12). F11 kritisiert, dass in diesen Heimen keine permanente ärztliche Betreuung besteht, F8 und F12 berichten hingegen, dass regelmäßig Hausbesuche abgehalten werden und dass auch bei Bedarf immer ärztliche Unterstützung gewährleistet ist.

F13 kritisiert, dass die psychiatrischen Pflegeheime nach wie vor weit abgelegen von den Gemeinden und der Gesellschaft angesiedelt sind. Menschen, die in diesen Pflegeheimen leben, sind in ihren Menschenrechten beschnitten.

*“Living in those patient homes is worse than being a patient”* (F13).

Wie in Kapitel 3.1.2.4 *Wohnen* bereits angesprochen, gibt es zudem herbe Kritik an der Masse der psychiatrischen Pflegeheime (F6, F11, F13, F15, F16), welche in den letzten Jahren immer weiter zugenommen haben und heute mehr Betten zur Verfügung stellen als psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen (vgl. Kapitel 3.1.2.4 *Komplementäre Versorgung*). Zu viele finanzielle Ressourcen werden dafür aufgewendet:

*“I think the most urgent thing would be the control of the growing number of nursing homes. It has a big impact on how the money is spent. If this is still growing, all the money goes there. If 1.000 people come out from the hospital and 4.000 go in those nursing homes, something is wrong.”* (F11)

F1, F11 und F14 sind sich einig, dass es zu wenige Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt. So haben (berufsunfähige) Patienten Anspruch auf eine Pension (*Volksrente*), aber F11 meint, wichtiger für die gesellschaftliche Integration ist die Integrierung (chronisch) psychisch Kranker auf dem Arbeitsmarkt. Viele Erkrankte sind arbeitsfähig, finden jedoch keine Arbeit. So spielen auch in Finnland der Zweite Arbeitsmarkt und soziale Unternehmen eine wichtige Rolle für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen (F11). Es ist jedoch schwierig, wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, wenn man einmal in das System des Zweiten Arbeitsmarktes und arbeitsbeschaffender Maßnahmen gerutscht ist (F11). F1 berichtet, dass es Maßnahmen zur Arbeitsintegration gibt, aber:

*„There are some programmes, which are more or less cosmetics, so to say.“* (F1)

F1, F2, F3 und F12 sprechen außerdem die heutigen harten Arbeitsbedingungen an, die es vor allem nicht Voll-Leistungsfähigen schwer macht, sich am Arbeitsleben zu beteiligen. Dies ist eine der großen Herausforderungen für die finnische Gesellschaft (F1).

## **Finanzierung**

Uneinig sind sich die Experten beim Thema Finanzierung des psychiatrischen Versorgungssystems. F14 bezeichnet die finanziellen Ressourcen für die Psychiatrie als ausreichend. Auch F8 ist der Ansicht, dass den Gemeinden insgesamt genügend Geld zur Verfügung steht, um ein effektives psychiatrisches Versorgungsnetz aufzubauen, sie aber anteilig nicht genug für die Psychiatrie ausgeben. F10, F11, F12 und F15 geben an, dass nicht genügend finanzielle Mittel für die Psychiatrie aufgewendet werden bzw. vorhanden sind.

*“The (financial) situation is not totally satisfying at the moment. That is what you still hear a lot and frequently.”* (F10)

So bemängelt F11 zum einen die fehlenden verbindlichen Vorgaben über die psychiatrische Versorgungsstruktur und -qualität der Gemeinden, zum anderen würden viele Kommunen die psychiatrische Versorgung nicht als prioritäre Aufgabe sehen. Die finanziellen Zuwendungen für die Psychiatrie werden stetig gekürzt, so dass gute Therapie

und Pflege nicht möglich sind (F2, F12). F10 kritisiert vor allem, dass die aus der Bettenreduzierung freigewordenen Mittel nicht zu 100 % in den Ausbau des ambulanten Sektors der Psychiatrie gesteckt wurden bzw. werden. F15 beschreibt die finanzielle Situation ebenfalls als schwierig. Es wird heute zwar mehr Geld in die psychiatrische Versorgung investiert als in den 1980er Jahren (F10, F15), aber der Anteil am Gesamtbudget ist weniger geworden. Auch wird nicht genügend Geld für Psychotherapie aufgewendet, sodass viele Patienten sich psychotherapeutische Behandlung (bzw. die Eigenbeteiligung, s. Kapitel 3.1.2 *Finanzierung*) nicht leisten können (F4, F5).

Die gewisse Umverteilung der finanziellen Mittel der Gemeinden innerhalb Finnlands ist jedoch gewährleistet, da die reicheren Gemeinden die Kosten in den ärmeren mitfinanzieren, meint F15. F1 wiederum berichtet, dass es, trotz Umverteilung, durchaus Budgetprobleme (mit Auswirkungen auf die Psychiatrie) in vielen Kommunen gibt. So sind die Gemeinden im Norden und Osten Finnlands häufig eher arm. Sie müssen auch die Kosten für die Facharztversorgung in der sekundären und tertiären Ebene mittragen, welche meistens jedoch nicht in ihren Gemeinden erfolgen. Daher kommt es häufig zu Beschwerden der Gemeinden über die große finanzielle Belastung (F1). Da die Kommunen auch Mitspracherecht bei der Finanzierung der übergeordneten Ebenen haben, wurden bspw. an der (Universitäts-) Klinik von F1 das Psychriatriebudget im Jahr 2009 gekürzt. F1 kritisiert jedoch, dass solche Budgetkürzungen besonders häufig die Psychiatrie treffen.

F13 und F15 bemängeln außerdem, dass Geld heutzutage im Gesundheitswesen der alles entscheidende Faktor sei. F13 nennt die heutige Zeit (seit Anfang der 2000er Jahre) daher *“dark age for mental health”* für Finnland.

*“The main criteria for the election of the person who shall run mental health care in the health care district, is that person’s promise to spend less money. That is unofficial. But it describes the system very well: what is important today is money. When I was chief doctor in the ‘80s money was not a problem at all.”* (F15)

## Zwangseinweisungen

Zwangseinweisungen sind ein Thema, das von vielen Experten als sehr dringlich angesehen wird. F1, F2, F7, F9, F10, F13, F14 und F16 sind der Ansicht, dass Finnland – im Vergleich zu anderen Ländern – eine sehr bzw. zu hohe Zwangseinweisungsrate hat. Auch gibt es zu viele Zwangsbehandlungen in den Krankenhäusern. Experte F13 spricht von 30 - 40 % unfreiwilligen Einweisungen von allen Einweisungen, was Studien bestätigen (Kaltiala-Heino et al., 2000). Damit weist Finnland deutlich höhere Zwangseinweisungsraten auf als Deutschland, für das Werte zwischen 4 % und 16 % angegeben werden (Kilian et al., 2012).

Gründe für diese hohen Raten sehen die Experten u.a. im Deinstitutionalisierungsprozess. Durch den schnellen Bettenabbau ist man mit dem Aufbau einer effizienten ambulanten Versorgung nicht hinterhergekommen (F10). Auch F9, F13 und F16 führen die Überlastung im ambulanten Sektor wegen Personalmangels und oftmals ungenügender psychiatrischer Ausbildung des Personals in den PHCCs auf. Dies führt dazu, dass im primären Bereich meist nur „einfache“ Patienten selektiert und behandelt werden und „Problemfälle“ zu häufig, zu schnell und unfreiwillig stationär eingewiesen werden (F9, F10, F13). Auch die fehlende durchgehende ärztliche Betreuung in psychiatrischen Pflegeheimen ist nach F16 mitursächlich für schnellere und häufigere Zwangseinweisungsraten. F16 sieht zudem eine Ursache in der starken Dezentralisierung des finnischen Gesundheitssystems, da, wie bereits erwähnt, viele Gemeinden zu klein sind, um ausreichende psychiatrische Versorgung zu gewährleisten.

F14 nennt auch einen historischen Aspekt. Zwangseinweisungen in Finnland haben immer auf hohem Niveau gelegen. So müssen sich auch erst einmal Einstellungen und Verhaltensweisen des Personals den Patienten gegenüber ändern, „*but it really takes time to really make a change in people's mind*“ (F14).

*“We have a history of being part of Russia. It does not have anything to do with the Soviet Union, before that already. During that time Finland has been more like that the professionals and the state know what to do. The rights of authorities have been much larger than in Western systems, where the rights of the authorities to control people are more controlled. And now we have been part of this [Western world], but our control system has control. And that makes that we have*

*to change. [...] And here it is quite funny, that our Western part of Finland is transforming quickly, but the Eastern part is not. I do not know if that [historical background] is the reason, but it seems so.” (F14).*

Auffällig sind die deutlich höheren (F14 berichtet von achtmal höheren) Zwangseinweisungsraten in Ostfinnland im Vergleich zum Rest des Landes (F1, F2, F7, F9, F14). Jedoch unterscheiden sich die Prävalenzen für psychische Erkrankungen innerhalb der finnischen Bevölkerung nicht in solch drastischem Ausmaße.

*„So it must be the treatment culture, the attitude and resources“.* (F14)

Auch F9 sagt über die Unterschiede, vor allem zwischen dem schwedisch geprägten Westen und dem Osten Finnlands:

*“It has something to do with the authoritarian system in Finnish culture and the Finnish nature.”*

Damit stimmen die Experten mit Studien überein, die ähnliches nahelegen (Ulla, Maritta et al. 2012). Zwangsmaßnahmen betreffend, herrscht finnlandweit eine einheitliche Gesetzgebung und diese wird von den Experten als streng bewertet (F9, F11). So müssen die Unterschiede genannten Ursachen, sowie verschiedenen Interpretationen des Gesetzes resultieren (F7, F9).

F9 betont jedoch, dass heutzutage nur „schwierige“ Patienten stationär eingewiesen werden und dass unter ihnen der Anteil der Zwangseinweisungen naturgemäß höher ist:

*“Only people with difficult behaviour, addicts and psychotic problems are in the hospitals, so the patients’ load for each worker is heavy. That tends to make the staff somehow helpless. And when the staff feels helpless they begin to behave in a primitive way. They put people in chambers and tire you and use a lot of drugs. There is a problem.“* (F9)

Es gibt jedoch auch andere Stimmen. So hat F7 den Eindruck, dass Zwangseinweisungen innerhalb ihrer Landschaft und auch finnlandweit abgenommen haben und auch F2 denkt (ohne die Statistiken zu kennen), dass Zwangsbehandlungen in ganz Finnland eher niedriger Anzahl sind. Und F11 sagt, dass im internationalen Vergleich die

Zwangseinweisungs- und -behandlungsraten Finnlands nicht unverhältnismäßig hoch sind, sondern eher im Mittelfeld lägen. Die schlechten Ergebnisse Finnlands würden aus unterschiedlichen Untersuchungsmethoden resultieren:

*“If you get the official statistics, [coercion is high in Finland]. This is a very difficult thing to measure, because they do not measure the same thing in each country. It is more a question about what you mean by coercion and involuntary care. What is described and how is it measured and put in the statistics. [In] the [latest] research on this topic [...] from this year [2010, Anm. d. A.] [...] the same methods have been used in different countries and it seems that Finland is on the middle level concerning coercion.*

*I: So you think the situation is not that severe?*

*F11: No. You have to be very careful when you talk about these things, because the measurement is so difficult. Coercion and involuntary treatment are very well regulated and the government follows it up very tightly. This is one of the best-regulated and best-followed areas in this country.” (F11)*

## **Personal**

F1, F2, F6, F7, F8, F10, F11 und F12 bezeichnen den Mangel an Psychiatern (aber auch an Allgemeinmedizinerinnen und Psychologen) als sehr großes Problem für die finnische Psychiatrie. Es existiert eine Diskrepanz zwischen dem immer größer werdenden Bedürfnis in der Bevölkerung, sich psychiatrische Hilfe zu holen und den fehlenden personellen Ressourcen. Es gibt Schätzungen, wonach nur gut die Hälfte aller von Depressionen Betroffenen adäquat behandelt werden (F10). Vor allem aber ist die Verteilung der Ärzte und Psychiater innerhalb Finnlands problematisch (F1, F2, F6, F7, F8, F14, F15). In vielen größeren Städten ist die Versorgung gut gedeckt, während hingegen die kleineren Städte und Gemeinden oft unter Personal- und Bewerbermangel (Allgemeinärzte und Psychiater) leiden. Das betrifft die PHCCs, wie auch die kleineren Krankenhäuser mit Abteilungspsychiatrien. Viele Menschen bekommen daher nicht die Behandlung, die sie brauchen. In einigen PHCCs, vor allem in abgelegeneren Gemeinden, arbeitet häufig nicht einmal mehr ein Arzt, nur Krankenschwestern (F2, F7, F8). Viele be-

troffene Gemeinden versuchen diesen Mangel auszugleichen, indem sie temporär über private Anbieter Ärzte teuer „einkaufen“ (F9, F10, F11, s. Kapitel 3.1.2.3). F14 merkt an, dass es heute in absoluten Zahlen mehr Psychiater gebe als je zuvor. Doch da (u.a. bedingt durch den hohen Frauenanteil) die Ärzte weniger arbeiteten als früher, reicht ihre Zahl dennoch nicht aus, um den Bedarf zu decken (F1, F14, F15).

In einigen Gegenden Nord- und Ostfinnlands ist es schwierig bis unmöglich psychotherapeutische Behandlung zu erhalten (F2, F4, F6, F7, F15). F8 kritisiert, dass sich durch diesen Personalmangel in einigen Gegenden die Arbeitsbelastung erhöht und die Zeit pro Patient verringere. Daher wird oftmals auf eine psychotherapeutische Behandlung zugunsten einer medikamentösen Behandlung verzichtet.

F8 berichtet über das sehr erfolgreiche *Kainuu-Projekt*, in dem u.a. Krankenschwestern psychotherapeutisch ausgebildet werden, um den Mangel an Psychiatern abzumildern. Krankenschwestern oder auch speziell ausgebildete Ergotherapeuten, z.T. auch Ärzte, besuchen die Patienten außerdem im Rahmen von Hausbesuchen oder – in akuten Krisensituationen – als multiprofessionelles *crisis team bzw. outpatient team*. Regelmäßige aufsuchende Hilfe gibt es in den meisten Regionen Finnlands. Den Patienten wird damit die Möglichkeit gegeben in ihrer gewohnten Umgebung, ggf. mit ihrer Familie therapiert zu werden (F2, F3, F12). In vielen Gegenden Nord- und Ostfinnlands bedeuten Hausbesuche jedoch oftmals eine Wegstrecke von mehreren hundert Kilometern.

Als positiv beschreiben F6, F10 und F11 auch die Arbeit der *depression nurses* in den PHCCs, die sich um chronisch kranke Patienten mit depressiven, teilweise auch mit Abhängigkeitserkrankungen kümmern und diese (psychotherapeutisch und sozialmedizinisch) behandeln. Somit können viele Patienten ambulant und wohnortnah nachstationär (weiter-) behandelt werden, ohne dass eine fachärztliche Konsultation notwendig ist. Allerdings zeichnet sich auch bei den *depression nurses* ein Mangel ab (F10). Die Experten werten den Einsatz nicht-ärztlicher Berufsgruppen als sehr effektive Methode.

F2, F10, F12 und F14 bemängeln die gestiegene Arbeitslast der im psychiatrischen Bereich arbeitenden Pfleger und Ärzte.

Abgesehen von Personalmangel ist dies auch durch die gestiegene Patientenzahl in den ambulanten Einrichtungen bedingt, da die Patienten nicht mehr in den Krankenhäusern

behandelt werden. Zudem sind diese „neuen“ Patienten häufig schwer erkrankt und daher zeitintensiv, wodurch die Arbeitsbelastung enorm zunimmt (F1, F2, F12). Neben finanziellen Kürzungen ist die gestiegene Arbeitslast letztlich auch ein Grund für längere Wartezeiten auf einen Therapieplatz für Patienten (bis zu einem Jahr selbst für Kinder, F2).

Schließlich bemängelt F11, dass die Psychiatrie nach wie vor keine besonders gewichtige Rolle im Medizinstudium oder bei der Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen spielt, obwohl heute der Großteil psychischer Probleme (zunächst) in den PHCCs behandelt wird bzw. werden sollte. Daher kooperieren einige PHCCs mit dem sekundären Versorgungssektor und werden von Psychiatern konsultiert (F10, F11).

## **Patienten**

Wie eingangs bereits beschrieben, sind sich die Experten weitestgehend einig darüber, dass sich die Lebensbedingungen psychisch Kranker seit dem Beginn des Deinstitutionalisierungsprozesses deutlich verbessert haben. Dennoch gibt es einige Kritikpunkte bezüglich der Situation psychiatrischer Patienten.

F14 spricht von zwei großen Bewegungen während des Deinstitutionalisierungsprozesses: erstere war der Schritt von der stationären zur ambulanten Versorgung, welcher 20 Jahre dauerte. Der nächste Schritt ist die Verbesserung der Kooperation zwischen den Nutzern und den Serviceanbietern. Diese ist jedoch noch nicht zufriedenstellend und bedarf weiterer Verbesserung (F8, F14, F15). F13 und F14 etwa bemängeln, dass Experten (*professionals*) zu viel Macht über das Leben der Patienten haben. (Ehemalige) Patienten haben wenig Mitspracherecht bei der Gestaltung der psychiatrischen Versorgungsstruktur. Das gesamte System ist nicht sehr patientenorientiert:

*“Even you could say [...] that we have too much control over service users’ lives. I mean people who need hospitals. For them we provide services, but it is professionalistic, it is not client-orientated. It is more the professionals have the certain field and the services are arranged not enough about what people would need, but more what professional would like to offer.” (F14)*



*“We have the service providers and service users as two frontlines.” (F14)*

Die Behandlungssichtweise ist immer noch zu professionistisch, sollte aber mehr nutzerorientiert sein. Ein solcher Wandel setzt in der finnischen Psychiatrie langsam ein (F13, F14, F16).

F13 und F14 stimmen auch darin überein, dass die Menschen, die in psychiatrischen Pflegeheimen leben, in ihren Menschenrechten „*extremly*“ (F13) beschnitten sind. Es gibt viele (alltägliche) Beschränkungen für diese Menschen: *“restrictions considering visiting times, times to make coffee or a prohibition to make coffee at all “* (F13). Auch werden Patienten häufig nicht ausreichend aufgeklärt über ihre Krankheit und die notwendigen Behandlungen und können so auch nicht mitbestimmen, auch Ausdruck des „professionistisch“- orientierten Systems. Dazu kommen die zahlreichen Zwangseinsweisungen und -behandlungen, die auch von vielen anderen Experten als zu häufig eingestuft werden (s. Unterpunkt Zwangseinsweisungen). F13, Vertreter der *Finnish Central Association for Mental Health*, kritisiert die Situation psychiatrischer Patienten scharf wie kein anderer finnischer Experte. Seiner Ansicht nach finden Menschenrechtsverletzungen bei psychisch kranken Menschen tagtäglich statt, werden jedoch zu wenig, bzw. gar nicht thematisiert:

*“I do not see articles here in Finland or discussions about citizenship or human rights, in Anglo-Saxon countries they speak about human rights. In Italy they speak about citizenship. But in Finland I do not see that. There are two interpretations: we do not have to speak about the rights because everything is so fine, and the mainstream state functioners think like that. And the other explanation is that we do not speak about human rights, because we have not reached the beginning point to speak about the rights, because violating them is just everyday practice.” (F13)*

Kritisiert wird auch die Intransparenz des Systems (F10, F13, F14). Nutzer haben kaum die Möglichkeit, die Qualität der Behandlungen zu überprüfen und zu vergleichen. F13 und F16 setzen sich daher dafür ein, dass unabhängige Evaluationen von psychiatrischen Diensten an Krankenhäusern und in Pflegeheimen durchgeführt werden, von Experten, wie auch von ehemaligen Nutzern (F13, F14, F16). Dies geschieht bisher ver-

einzelnt, ist jedoch freiwillig für die Krankenhäuser und wird auch von einigen Krankenhauschefs abgelehnt (F13, F14).

*“We would like to build the services in a way that they are more open for critics. You have to tell what you are offering. [...]That is just the word: Transparent. It should be! I would say it is not.”* (F14)

F3 und F12 hingegen sehen die Position der Patienten in diesen Punkten deutlich verbessert. Betroffene werden heutzutage viel mehr in die Behandlung miteinbezogen und gut über ihre Krankheit aufgeklärt (F3, F12), auch bietet man ihnen viel mehr Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (F12). Jedoch muss angemerkt werden, dass F3 und F12 sich auf weniger stark erkrankte und relativ selbstständig lebende Patienten beziehen.

Zudem nutze man laut F14 die familiären Ressourcen und sozialen Netzwerke der Patienten nicht genügend. F2, F7 und vor allem F8 hingegen berichten, dass man dies in ihrem Tätigkeitskreis bereits tue und (erfolgreich) praktiziert, Patienten verstärkt in und mit ihrem Umfeld zu behandeln. F11 und F14 kritisieren, dass psychisch kranke Menschen kaum dazu ermutigt werden, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und wenig in ihrer Selbstständigkeit unterstützt werden. Die Interviewpartner F3 und F12 hingegen berichten gegenteilig aus ihrem Arbeitsalltag. Patienten werden dabei unterstützt eine Ausbildung zu absolvieren und man hilft ihnen, sich wieder in das soziale und berufliche Leben zu integrieren.

Viele chronisch psychisch Kranke in Finnland fallen durch das Netz der Versorgung (F13). Es gibt in Finnland ca. 10.000 psychisch kranke Menschen, die in Heimen oder bei ihren Familien leben. Diese könne man als obdachlos bezeichnen, da sie faktisch die entsprechenden Kriterien erfüllen, aber durch die Statistik fallen (F11).

F13 beklagt auch, dass die Patienten- und Angehörigenverbände in Finnland keine wirkliche Bedeutung haben. Die *Finnish Mental Health Association* ist sehr schwach und hat kaum politischen Einfluss, obwohl psychiatrische Erkrankungen viele Menschen betreffen und, wie bereits beschrieben, heute die Hauptursachen für Frühverrentungen sind (F1, F11).

F1, F2, F9, F11, F14, und F16 meinen, dass die Stigmatisierung psychiatrischer Patienten in den letzten 20 Jahren (zum Teil deutlich) abgenommen hat, vor allem bei affektiven Störungen. Dennoch werden Menschen mit schweren (insbesondere psychotischen) psychischen Erkrankungen in vielen Bereichen des Lebens nach wie vor benachteiligt (F6, F10, F11, F14, F16). Heute wird (auch in der Öffentlichkeit) offener über psychiatrische Erkrankungen geredet und es gibt mehr Aufklärung darüber in Schulen und in den Medien (F1, F6, F16). F3 und F12 haben dennoch den Eindruck, dass es für Betroffene ein Tabu ist, öffentlich über psychiatrische Erkrankung zu sprechen, was F3 auch mit der finnischen Mentalität begründet.

*“The stigma has diminished a lot.”* (F9)

*“The level of stigma is fairly ok. It could be better, but most citizens have more positive views about mental health issues than they used to have 20 years ago.”* (F16)

*“Of course this prejudice is in everybody’s mind. It is an old instinct in human mind to be a little suspicious [and avoid] people who have mental disorders.”* (F1)

*“I would say that the one main theme in psychiatry during the last two centuries has been the attitude and stigma question. Psychiatric patients are not in jails nowadays. They are free. We underline the autonomous position of the patients and human rights etc. It is fine on paper, but it is not that fine in reality. We are still doing the same job: developing human rights and destigmatising people’s attitude. Because it is a very human way of looking at things. If you are afraid of something inside of you, of course you are [keeping] it out of you and controlling outside of you. So seeing mad people it is one way, controlling them is one way to control your own madness. That is the problem. [...] So we have a long way to go and it will never end I can say, as long as we are human beings.”* (F6)

### **Mögliche und notwendige Veränderungen**

*“After the medical board was closed in the beginning of the ‘90s, in different meetings I insisted that it should come back. And everybody said this is impossible,*

*history is pointing out another way. Still I think that we would need centralised mental health care that directly belongs to the state, the governmental system to guarantee equality. I know that there are many good arguments against this. Still I think that the guaranteed equality is better than the present system, but I think this is unrealistic.” (F15)*

F15 formuliert hier den Wunsch vieler Interviewpartner nach einem weniger dezentralisierten Gesundheitssystem (F1, F7, F9, F11, F13, F14, F15, F16; s. Unterpunkt *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*). Zwar bringt die Dezentralisierung auch Vorteile mit sich, jedoch zeigen die enormen Unterschiede in Quantität und Qualität der Versorgung die Notwendigkeit einer stärkeren zentralen bzw. staatlichen Regulierung.

Es gibt bereits Entwicklungen, die in diese Richtung deuten. Zum einem nimmt die staatliche Einflussnahme in der Psychiatrie wieder zu (F1). So zeigt der Staat mit einigen Regelungen des *Health Care Act (1326/2010)* Tendenzen zu weniger Dezentralisierung (F1). Auch wird die von F10 und F11 gewünschte Zusammenlegung bzw. Kooperation kleiner Gemeinden gesetzlich gefördert. Es ist geplant, die bestehenden über 300 Gemeinden auf die Hälfte zu reduzieren, was F1 für ausreichend hält. F6 und F10 berichten zudem, dass immer mehr Gemeinden für die Organisation psychiatrischer Versorgung Hilfe bzw. Beratung vom THL anfordern. Dies wird ihrer Ansicht nach weiter zunehmen.

*“[...] after these many years of decentralizing systems, [the communities] are more or less alone and they are actually asking for advice or guidance.” (F6)*

*„The [...] trend is to increase the guidance of the state, to cut this decentralization, to reduce it. I believe that it will be the trend.” (F1)*

F13 spricht sich für eine Kommunalisierung der *health districts* aus (*municipalised services*), da diese viel zu unabhängig sind. F13 nennt das Imatra-Modell (eine Stadt im Südosten Finnlands) eines der besten des Landes. Dort führt man erfolgreich und kostengünstig das Modell der *Integrated Community-based Mental Health Services*, bei dem ein Großteil der psychiatrischen Versorgung (aus der primären und sekundären Ebene) in die örtlichen PHCCs integriert wurde. Die Akteure der Psychiatrie sollen ihre

Unabhängigkeit behalten, eine einheitliche Koordination ist jedoch notwendig (F13). Und diese Koordination gibt es z.Z. nicht.

F6, F7, F10, F11, F12, F13 und F16 sind der Ansicht, dass die stationäre psychiatrische Versorgung noch weiter reduziert werden kann und man die freigewordenen Ressourcen besser in den Ausbau ambulanter Versorgung stecken sollte, was immer noch nicht ausreichend geschieht.

*“There is a plan to cut down even the number [of beds] by a third and organise the outpatient care now.” (F16)*

Das Krankenhaus verliert stetig an Bedeutung (F11). Dennoch werde man auch in Zukunft psychiatrische Betten benötigen (F1, F4, F5, F9, F15, F16):

*“I guess that in the foreseeable future there will be some need for hospital treatment. Partly because there are patients who want to have that and partly because some of the cases have very severe forms of psychosis and we do not know yet how to prevent that or how to take care of that. That number is actually much lower than the number of beds that we have now.”*

Noch wichtiger als der Abbau psychiatrischer Betten ist es, die wachsende Zahl von psychiatrischen Pflegeheimen einzuschränken (F11, F13). Dies ist die wichtigste Maßnahme, da nach wie vor viel zu viele Menschen in diesen Heimen institutionalisiert sind (s. Kapitel 3.1.2.4).

F2 und F12 fordern, dass wieder mehr Geld in die Psychiatrie investiert werden muss, denn durch die beständigen Kürzungen verschlechterten sich die Behandlungsbedingungen stetig. F16 sieht in deutlichen finanziellen Anreizen eine Möglichkeit, um dem Psychiatermangel in ländlichen Gebieten zu begegnen, wie es bis in die 1980er, 90er Jahren hinein bereits gehandhabt wurde. Auch dafür sind jedoch neue Investitionen aus öffentlicher Hand notwendig.

Während F8 und auch F12 die Akutversorgung von psychisch kranken Menschen in Krisensituationen (in ihren Gemeinden) loben, insistieren F4 und F6, dass mehr Akutbehandlung nötig ist. Es bedarf selbstverständlich auch Ressourcen für die Behandlung chronisch Kranker bedarf, jedoch wird der heutige Schwerpunkt noch zu wenig auf die akute und schnelle Behandlung gesetzt, was einer Änderung bedarf (F6):

*„But now most of our resources go to late phase of illness. So new balance is needed for acute care.” (F6)*

*“We should get this system to more acute things, because nowadays we have this therapy payment system. But it does not work with acute things. It is only for longer time. We have a special insurance system in the whole country, which pays those [psycho-] therapies after we have checked the patients and wrote notes and meet them here. [...] In those acute things we only give a pill, but if we had a system where we could give therapy properly together with that pill or only therapy, it would be easy to find that.” (F4)*

Helfen können mehr aufsuchende Hilfen in akuten Krisensituationen (bspw. akut-psychotische Episoden), die Patienten zu Hause aufzufangen und somit auch die Zahl der Zwangseinweisungen zu senken (F8, F11). Denn die meisten Experten bewerten die Zwangseinweisungsraten (in vielen Teilen) Finnlands als deutlich zu hoch (s. Unterpunkt *Zwangseinweisungen*). Laut F14 ist man sehr bestrebt, diese Zahl zu reduzieren. Er nennt als Beispiel das Ostrobothnia-Projekt, in dem verschiedene Maßnahme ergriffen werden, um u.a. die Versorgung und Betreuung psychisch Kranker zu verbessern und die Rechte der Patienten zu stärken (F14; Ostrobothnia Project, 2012).

*“[...] if you want to change the culture, you have to work a long period to change the atmosphere, the attitude and the treatment culture, how people behave. We want to have less coercion, so less committed persons, but also in the treatment less coercive methods, like locking in a room.”*

F9 fordert auch, Zwangseinweisungen besser zu beobachten und zu kontrollieren, um einen Wandel herbeizuführen.

F4, F5 und F6 drängen auf mehr finanzielle Mittel und verstärkten Einsatz von Psychotherapie. F6 bemängelt, dass vor allem in den öffentlichen Kliniken zu wenig Psychotherapie angeboten wird. Es ist (zumindest in den Großstädten) wesentlich leichter, Psychotherapie im privaten Sektor zu bekommen als im öffentlichen. Auch F7 berichtet, dass sich ihre Klinik häufig psychotherapeutische Unterstützung von privaten Psychotherapeuten holt. Zudem muss Psychotherapie bereits im Akutstadium eingesetzt werden (s.o.), um Chronifizierungen zu vermeiden. Dies ist zwar teuer, aber vor allem bei leichteren Erkrankungen effektiv (F4, F5).

F11 sieht die Psychiatrie insgesamt eine patientenfreundliche Entwicklung nehmen. Bspw. werden Patienten dank des *Health Care Act (1326/2010)* mehr Wahlfreiheit haben. Auch die von F13 und F14 angesprochenen (sich langsam durchsetzenden) Evaluationen der Krankenhäuser und Pflegeheime bedeuten einen Schritt in diese Richtung. Und die fortschreitende Entstigmatisierung (einiger) psychischer Störungen heißt für Betroffene, akzeptierter in der Gemeinschaft leben zu können (F1, F2, F12). F6 und F13 wünschen sich, dass sich die gesellschaftliche Einstellung psychiatrischen Erkrankungen gegenüber ändert und dass die Bedeutung psychischer Gesundheit für die Gesellschaft noch mehr betont wird.

*“[We have to change] the general way of thinking about mental health and [...] move the severe disorders more to the positive thinking of mental health. So it is mental capital, mental wealth, not mental health. So in order to succeed in the world, as a nation or as a person, you have to be bright, clever, successful and all positive things, which are connected with mental health. So it ought to be everyone’s interest to develop mental health.” (F6)*

## **4. Diskussion**

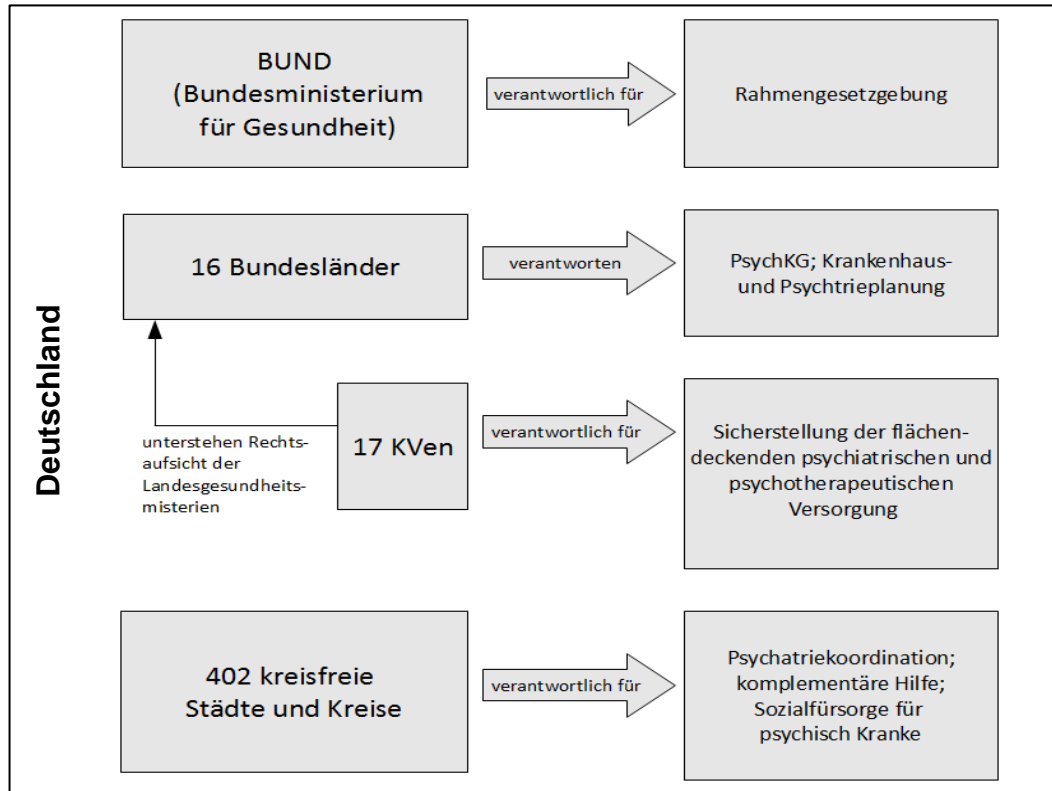
Diese Untersuchung befasst sich mit den psychiatrischen Versorgungslandschaften Deutschlands und Finnlands. Mit Hilfe der Forschungsfragen zu strukturellen Unterschieden, den Entwicklungen in beiden Ländern und der Einschätzung einiger Experten bezüglich der psychiatrischen Versorgungsstrukturen wird angestrebt, aus objektiven Daten und persönlichen Darstellungen der interviewten Experten ein vielschichtiges Bild der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und Finnland zu zeichnen. In den folgenden Kapiteln 4.1, 4.2 und 4.3 werden die Ergebnisse aus beiden Ländern verglichen und diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet.

### **4.1 Strukturen und Unterschiede in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland und Finnland**

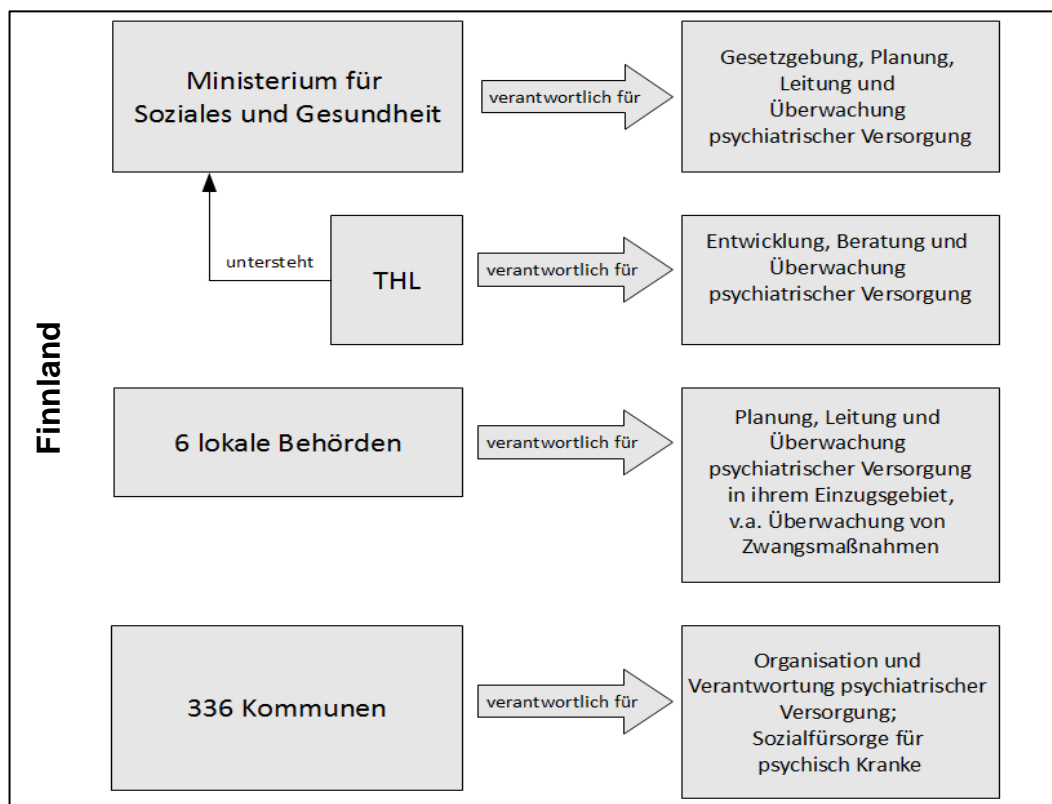
#### **4.1.1 Organisation und Aufbau**

Grundsätzlich fußen die Versorgungssysteme psychiatrischer Patienten in Deutschland und Finnland auf zwei verschiedenartig organisierten Gesundheitssystemen (vgl. Kapitel 1.3). Die jeweiligen Besonderheiten der Systeme wirken sich auf die Versorgung psychiatrischer Patienten aus. Anhand der folgenden Darstellungen (Abbildungen 8 und 9) des auf die Psychiatrie bezogenen Aufbaus der Gesundheitswesen sollen die Unterschiede beider Länder deutlich gemacht werden:





**Abb. 8:** Psychiatriebezogener Aufbau des deutschen Gesundheitssystems;  
Quelle: eigene Darstellung



**Abb. 9:** Psychiatriebezogener Aufbau des finnischen Gesundheitssystems;  
Quelle: eigene Darstellung

Beiden Ländern ist die allgemeine Gesetzgebung des Staates gemein, in der grundsätzliche Züge der Organisation und des Aufbaus des Gesundheitssystems und somit auch der psychiatrischen Versorgung festgeschrieben sind (vgl. Kapitel 3.1.2.1 und 3.1.1.1). In Finnland fungiert auf staatlicher Ebene das *Department of Mental Health and Substance Abuse Services* des THL als Forschungs-, Überwachungs- und Beratungsinstitution des Gesundheitsministeriums, welchem es untersteht. In Deutschland hingegen gibt es auf Bundesebene keine staatliche Institution, die sich speziell mit Psychiatrie und psychiatrischer Versorgung befasst (mit Ausnahme der DRV Bund im Bereich der Rehabilitation). Dies hatte auch Auswirkungen bei der Suche nach Interviewpartnern. Unter den deutschen Experten der Interviewreihe dieser Arbeit findet sich ein einziger, der bundesweit agiert: D11, als Psychiatriereferent einer Dachinstitution tätig, welche jedoch nicht dem Bund untersteht. Alle anderen Interviewpartner sind regional, bzw. lokal tätig und verantwortlich. Aus diesem Grund können die Experten oftmals auch nur für ihre Region sprechen. In Finnland hingegen üben sechs Experten (zumindest zeitweise) eine Position aus, die finnlandweit Verantwortung trägt, drei von ihnen arbeiteten zum Interviewzeitpunkt am THL (vgl. Anhang). Somit war es denn auch leichter für Finnland einen Eindruck über die Gesamtsituation psychiatrischer Versorgung im ganzen Land zu bekommen, als in Deutschland.

Gemäß dem föderalistischen Prinzip der Bundesrepublik Deutschland obliegt den 16 Bundesländern eine eigene Gesetzgebung. Im Falle der Psychiatrie trifft dies auf die PsychKGs bzw. Unterbringungsgesetze der Bundesländer zu, welche sich inhaltlich zum überwiegenden Teil ähneln. Dennoch weisen die Gesetze in einigen Regelungen, bspw. zur (unfreiwilligen) Unterbringung oder den sozialpsychiatrischen Angeboten, Unterschiede auf (vgl. Kapitel 3.1.1.1). Außerdem sind die deutschen Länder für die Psychiatrie- und Krankenhausplanung zuständig. Der Rechtsaufsicht der Landesgesundheitsministerien unterstehen zudem die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese sind in Deutschland für die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung verantwortlich.

Auf ähnlicher Ebene fungieren in Finnland die sechs Regionalverwaltungsbehörden (*aluehallintovirastot*), denen v.a. die Überwachung der psychiatrischen Versorgung und Zwangsmaßnahmen obliegen. Jedoch nehmen sie keine gestaltenden Aufgaben der

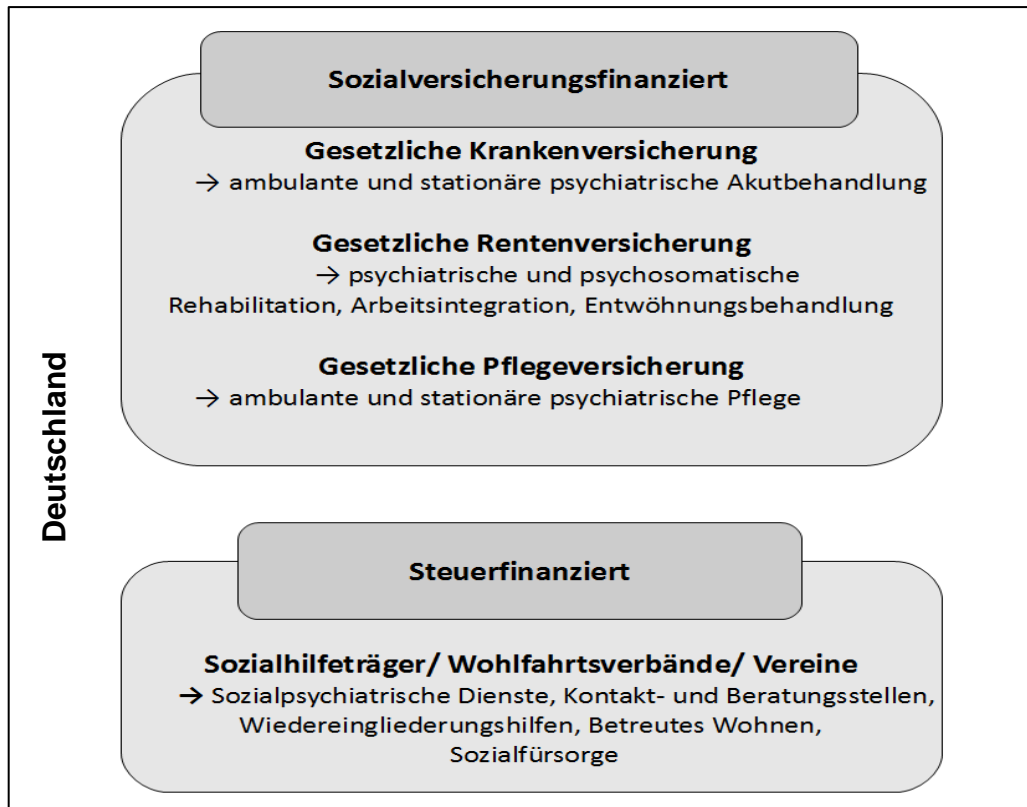
Psychiatrieversorgung an, wie etwa die deutschen Bundesländer. Diese Behörden werden während der Interviews überhaupt nicht von den finnischen Interviewpartnern erwähnt. Dies legt den Schluss nahe, dass sie in den Augen der Experten keine entscheidende Rolle für die finnische Psychiatrie zu spielen.

Den Kreisen und kreisfreien Städten in Deutschland letztlich obliegt die Aufgabe der Koordinierung und Sicherstellung der ambulant-komplementären Versorgung, sowie die Sozialfürsorge psychisch Kranker. Im dezentralisierten Finnland dagegen stehen die 336 Gemeinden in der Pflicht die genaue Planung, Organisation und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung, sowie die Sozialfürsorge zu gewährleisten.

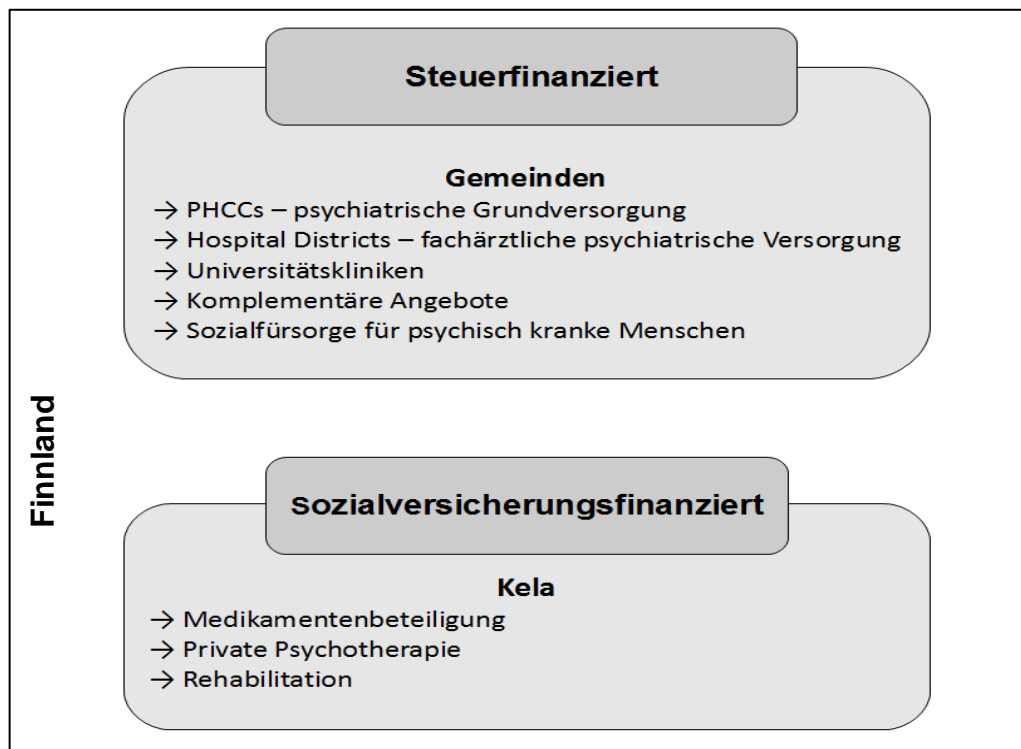
Während sich also in Deutschland die Sicherstellung und Ausführung der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung auf die KVen, die Bundesländer und die Kreise verteilen, liegt diese Verantwortung in Finnland zum überwiegenden Teil bei den durchschnittlich sehr kleinen Gemeinden, bzw. Gemeindeverbänden (Die durchschnittliche Bevölkerung der Gemeinden Finnlands betrug 2010 knapp über 15.000 Einwohner, der Median lag jedoch bei lediglich 5.700 Einwohnern (OECD, 2010). Dass diese Aufgaben häufig von den Kommunen nicht ausreichend bewältigt werden können, wie viele finnische Experten beklagen, ist mit Blick auf die Aufgabenteilung in Deutschland nachvollziehbar und macht den Wunsch der Experten nach mehr Kooperation, bzw. Zusammenlegung, kleiner Gemeinden verständlich (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Auch politisch ist die Reduzierung der Anzahl und bessere Kooperation der finnischen Gemeinden als Ziel gesetzt (Ministry of Social Affairs and Health, 2010a; The Association of Finnish Local and Regional Authorities, 2012).

#### **4.1.2 Finanzierung der psychiatrischen Versorgung**

In den nachfolgenden Abbildungen 10 und 11 wird die Finanzierung psychiatrischer Versorgung des deutschen und des finnischen Systems gegenübergestellt:



**Abb. 10:** Finanzierung psychiatrischer Versorgung in Deutschland;  
Quelle: eigene Darstellung



**Abb. 11:** Finanzierung psychiatrischer Versorgung in Finnland;  
Quelle: eigene Darstellung

In Deutschland liegt die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung zum überwiegenden Teil in den Händen der beitragsfinanzierten Sozialversicherungen und zu einem kleineren Teil bei der Sozialhilfe. Historisch bedingt, gibt es in Deutschland unterschiedliche Versicherungen mit ihren jeweiligen Aufgabengebieten. Da aber gerade in der Psychiatrie bei chronisch seelisch kranken oder behinderten Menschen häufig Komplexleistungen vonnöten sind (medizinische Behandlung, Rehabilitation, ambulante Pflege, Wiedereingliederungshilfen), sind oftmals auch mehrere Financiers beteiligt (vgl. Kapitel 3.1.1.8). Das führt immer wieder zu Uneinigkeiten darüber, welcher Träger welche Leistungen übernimmt, wie einige Experten kritisieren – mit oftmals negativen Konsequenzen für den Patienten (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung*).

Im überwiegend steuerfinanzierten Gesundheitssystem Finnlands erhalten die Kommunen (je nach Bevölkerung) finanzielle Mittel vom Staat, mit welchem sie die komplette psychiatrische Versorgung sicherzustellen haben. Sie finanzieren damit die Grundversorgung, wie auch die sekundäre (*hospital districts*) und tertiäre Ebene (Universitätskliniken) der psychiatrischen Versorgung. Dadurch haben die Gemeinden auch einen gewissen Einfluss über Art und Umfang monetärer Ressourcen auf diesen Ebenen. Innerhalb einer Gemeinde erfolgt die Finanzierung psychiatrischer Leistungen „aus einer Hand“. Darüber hinaus wird ein Teil der psychiatrischen Leistungen in Finnland, v.a. die Psychotherapie oder Zuschüsse zu Pharmazeutika, von Kela, der finnischen Sozialversicherung, bezahlt (vgl. Kapitel 3.1.2.1 und 3.1.2.7).

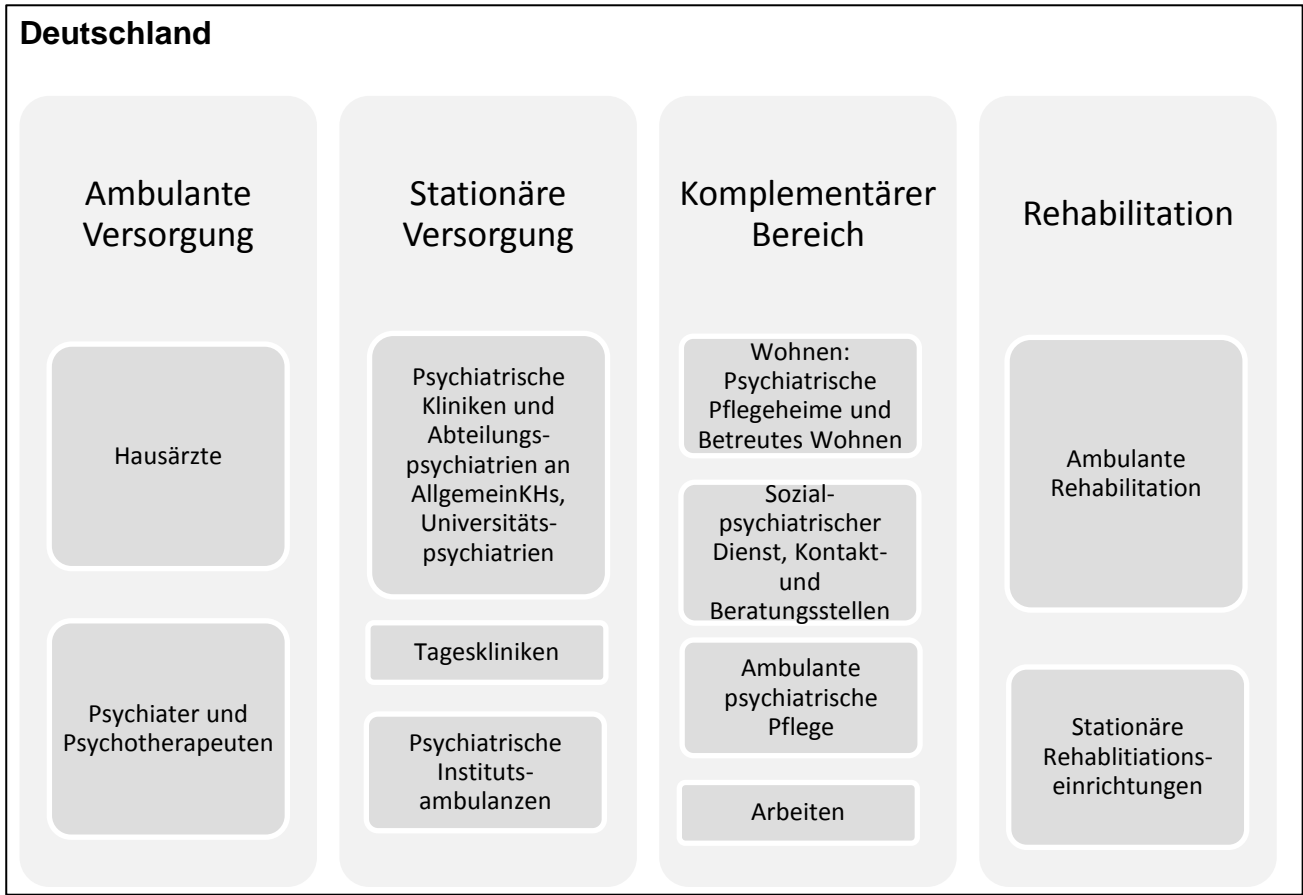
Beide Finanzierungssysteme haben ihre Vor- und Nachteile. Die deutschen Experten gehen mehrfach auf die negativen Auswirkungen der getrennten Finanzierung ein, die eine Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, psychiatrischer und psychosomatischer Behandlung, sowie der medizinischen und sozialen Fürsorge nach sich zieht. Auswirkungen sind oftmals nicht abgestimmte ambulante und fehlende komplementäre Nachbehandlung, Unstimmigkeiten bei der Kostenübernahme durch einen Träger, oder auch Streitigkeiten der ausführenden Parteien über den Anteil am Budget. Positiv wird jedoch die resultierende Trägervielfalt mit verschiedensten Angeboten erwähnt, welche auf die unterschiedlichen Zielgruppen mit ihren besonderen Bedürfnissen eingehen können (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung* und Kapitel 4.3.2.2).

Die Finanzierung der Versorgung psychiatrischer Patienten in Finnland hingegen erfolgt überwiegend einheitlich durch die Gemeinden. Stationäre, ambulante, komplementäre und soziale Hilfen werden von den Gemeinden finanziert und organisiert. Diese erhalten die Gelder zwar abhängig von ihrer Bevölkerung (je nach Anzahl und Alter der Einwohner), dennoch gibt es finanziell besser ausgestattete und ärmere Gemeinden, was auch Auswirkungen auf die dortige psychiatrische Versorgung hat. Immer wieder kritisieren die finnischen Experten, dass zahlreiche Gemeinden zu klein sind, um eine angemessene psychiatrische Versorgung der Bevölkerung zu finanzieren (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisierung*). Angesichts der geringen Einwohnerzahl einiger Kommunen ist die Forderung und mittlerweile auch Umsetzung von Gemeindeverbänden und -zusammenschlüssen verständlich und auch notwendig (vgl. Kapitel 4.3.3).

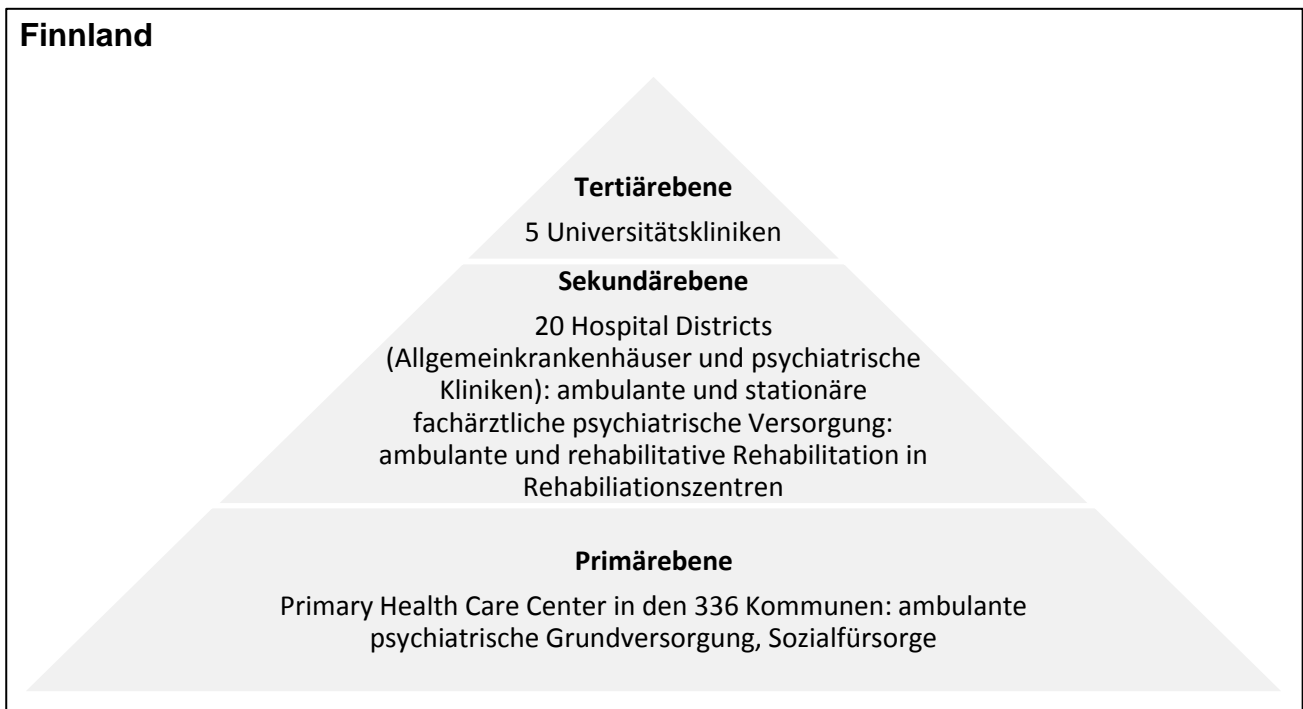
In Deutschland hängt die medizinische Versorgung der Menschen nicht von der Größe oder der finanziellen Situation ihrer Gemeinde bzw. ihres Kreises ab, wird diese doch von den übergeordneten Versicherungen bzw. den KVen finanziert und gewährleistet. Komplementäre Hilfen jedoch, wie Sozialpsychiatrische Dienste liegen oft in der Verantwortung und Trägerschaft der Kreise. Hieraus resultieren auch bundesweite Unterschiede in den Angeboten und deren Ausstattung, wie einige Experten berichten bzw. kritisieren (vgl. 3.3.1.2 *Ambulante und komplementäre Dienste*).

#### **4.1.3 Zuständigkeiten und Ebenen psychiatrischer Versorgung**

Die folgenden Abbildungen 12 und 13 verdeutlichen die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Ebenen der psychiatrischen Versorgung im deutschen und im finnischen Gesundheitssystem. Das finnische System ist in drei Ebenen aufgeteilt, welche das Gesundheitswesen klar in die Grundversorgung, die fachärztliche Versorgung und die Versorgung an Universitätskliniken einteilt. In Deutschland gibt es eine solche Dreiteilung der Ebenen nicht. Viele Dienste, Hilfen und Behandlungen werden ambulant und stationär angeboten. Daher lässt sich die deutsche Psychiatrie besser in die zuständigen Versorgungssektoren untergliedern:



**Abb. 12:** Versorgungssäulen in der deutschen Psychiatrie; Quelle: eigene Darstellung



**Abb. 13:** Versorgungsebenen in der finnischen Psychiatrie; Quelle: eigene Darstellung

In beiden Ländern findet ein großer Teil psychiatrischer Konsultationen in der Grundversorgung beim Hausarzt, bzw. im PHCC, statt (vgl. Kapitel 3.1.1.3 und 3.1.2.3). Eine Besonderheit im deutschen System ist die Behandlung psychisch kranker Menschen beim niedergelassenen Psychiater bzw. Psychotherapeuten, welche, zusätzlich zur hausärztlichen Betreuung, die Möglichkeit der ambulanten Therapie beim Facharzt bietet. Hiermit unterscheidet sich Deutschland stark vom finnischen System, welches den niedergelassenen Facharzt, und somit auch Psychiater, nicht kennt. Eine Ausnahme bilden private Psychotherapeuten und einige Psychiater in den PHCCs großer Städte. In Deutschland ist dank der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten eine dezentrale und damit wohnortnahe, ambulante psychiatrische Versorgung gegeben. In Finnland erfolgt die fachärztliche Versorgung (fast) nur zentral in den Kliniken.

In Deutschland und in Finnland werden an Krankenhäusern stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Leistungen erbracht. Dem finnischen Prinzip der ambulanten Facharztbehandlung im Krankenhaus (Sekundärebene) ähneln die deutschen PIA, welche (an den Allgemeinkliniken) zwar laut Gesetz den schwer Erkrankten vorbehalten sind. Doch vor allem in ländlichen Gebieten werden auch weniger schwer erkrankte Patienten behandelt, in deren näherer Umgebung kein ambulanter Psychiater tätig ist, wie einige Experten berichten (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Personal*). Gemein ist beiden Ländern, dass die psychiatrischen Kliniken und Abteilungspsychiatrien relativ streng festgelegte Einzugsgebiete haben.

Rehabilitative Einrichtungen in Deutschland und Finnland dienen sowohl der sozialen wie auch der beruflichen Rehabilitation. Diese findet in ambulanten und stationären Einrichtungen statt. In Finnland gibt es zudem aufsuchende rehabilitative Dienste (F12).

Das Angebot komplementärer Hilfen ähnelt sich in beiden Ländern. Einen eigenständigen komplementären Sektor in dem Sinne gibt es in Finnland jedoch nicht, da die Gemeinde nicht nur Träger medizinischer, sondern auch sozialer Hilfen ist. So werden Beratungsstellen, Treffpunkte, Rehabilitations- oder Arbeitsmaßnahmen und Krisendienste innerhalb der Gemeinde, bzw. eines Gemeindeverbundes organisiert. Oftmals kooperieren die komplementären mit den medizinischen Einrichtungen, oder sind ein Teil dieser. Lediglich die psychiatrischen Pflegeheime befinden sich überwiegend in privater Hand und entziehen sich damit häufig auch der planenden und überwachenden Ein-



flussnahme durch staatliche Organe (F6, F14). In Deutschland werden die komplementären Dienste in der Regel von den Kreisen, örtlichen Trägern oder Wohlfahrtsverbänden gestellt. Sie bieten Beratungsangebote, Hilfen beim Wohnen, Wiedereingliederungen und stellen die sozialpsychiatrischen Dienste. Auch wenn sehr viele Experten die getrennte Finanzierung und Verantwortlichkeit der Sektoren kritisieren, so heben einige dennoch hervor, dass gerade durch die Verteilung auf verschiedene Träger eine enorme Angebotsvielfalt entstehe (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung*).

#### **4.1.4 Personal und psychotherapeutische Ausbildung**

Grundsätzlich arbeiten in Deutschland wie in Finnland die gleichen Berufsgruppen in der Psychiatrie: Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten etc. Die psychotherapeutische Ausbildung der Ärzte erfolgt in beiden Ländern meistens parallel zur Facharztausbildung und wird mittlerweile sehr oft von den Kliniken (ko-) finanziert (D5, D7, D17, D18, F1, F8, F14).

Deutschland und Finnland haben im internationalen Vergleich eine sehr hohe Rate von Psychiatern und Psychotherapeuten pro Einwohner. So liegen beide Länder mit ca. 20 (Deutschland) bzw. ca. 22 Psychiatern (Finnland) pro 100.000 Einwohnern deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 15,4/100.000 Einwohner (vgl. Kapitel 3.1.1.6 und 3.1.2.5). Diese guten Zahlen – da sind sich Literatur und Experten einig – können auf den ersten Blick darüber hinwegtäuschen, dass ihnen in beiden Ländern eine z.T. extreme Ungleichverteilung zugrunde liegt (vgl. Kapitel 3.1.1.6 und 3.1.2.5 *Personal*, 3.3.1.2 und 3.3.2.2 *Personal*). In Deutschland wie in Finnland gibt es bezüglich der Versorgungsquote ein großes Gefälle zwischen Stadt und Land, wobei die Stadt klassischerweise deutlich besser versorgt ist. In Finnland sind vor allem der Osten und Norden des Landes betroffen, in Deutschland insbesondere die ländlichen Gegenden der neuen Bundesländer. Viele finnische Experten beklagen jedoch einen Personalmangel auch in urbanen Gebieten (F15, F16). Die Experten F6, F9, F14 und F15 sagen, es gebe heute zwar mehr Psychiater als je zuvor, jedoch würden diese häufig weniger bzw. in Teilzeit arbeiten und somit blieben viele Stellen unbesetzt.

Es gibt bezüglich des Personalmangels bereits verschiedene Lösungsansätze in beiden Ländern, wie bspw. das Modellprojekt der Landschaft Kainuu, oder das Regionale Psychiatriebudget in Schleswig-Holstein und Thüringen (vgl. Kapitel 4.3.3). Alle diese Projekte haben im Kern gemein, dass die Kompetenzen psychiatrischer Versorgung gebündelt und in den z.T. schwach besiedelten Gebieten viele aufsuchende Hilfen für akute wie auch chronische Fälle angeboten werden.

In Finnland wird zudem das Pflegepersonal viel stärker in die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit eingebunden als in Deutschland. Es ist eine Besonderheit des finnischen Systems, dass – anders als in Deutschland – neben Psychiatern und Psychologen auch Krankenschwestern, Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren können und Patienten eigenständig psychotherapeutisch behandeln dürfen. Anders als in Deutschland haben Pflegekräfte in Finnland auch eine akademisierte Ausbildung (F12). Die Interviewpartnerinnen F2 und F12 berichten, dass in ihren Einrichtungen das Pflegepersonal den überwiegenden Teil der Psychotherapie übernimmt, während die Ärzte sich auf die Diagnostik und die medikamentöse Therapie konzentrieren. Darüber hinaus gibt es u.a. die spezialisierten *depression nurses*, welche chronisch depressive Patienten in den PHCCs eigenständig betreuen (F3, F7, F14, F15).

Während in Deutschland die Psychotherapie mittlerweile obligater Bestandteil der Facharztausbildung zum Psychiater ist (DGPPN, 2013), ist Psychotherapie in Finnland eine zusätzliche Ausbildung, für Ärzte und nicht-ärztliche Berufe gleichermaßen (F2, F7, F8). F7 berichtet, dass in ihrer Abteilung ca. 30 % der Ärzte und 25 % der Schwestern eine spezielle psychotherapeutische Ausbildung haben. Sie bezeichnet diese Zahlen jedoch als eher gering. Die Aussage und z.T. Kritik einiger finnischer Experten (F6, F8, F10), dass die Psychiatrie in ihrem Land vermehrt „biologisch“ ausgerichtet ist, passt zu der Tatsache, dass eine umfassende Psychotherapieausbildung nicht integraler Bestandteil der Facharztausbildung ist. Jedoch können, wie beschrieben, auch andere Berufsgruppen die Psychotherapieausbildung absolvieren. Gerade in ländlichen Regionen hilft dies, den Psychiatermangel auszugleichen (F8; vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Personal*).

Für Deutschland berichten die Experten Verschiedenes bezüglich der Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufsgruppen. Laut D5 sind (Fach-) Krankenschwestern in seiner Klinik

„tiefgreifend in die Psychotherapie mit eingebunden. [In dem] Bereich sind die Grenzen doch zunehmend fließend“ (D5). D7 und D8 hingegen dementieren, an ihrer Klinik gebe es keine Einbindung der Schwestern in psychotherapeutische Aufgaben. Eine vollständige Psychotherapieausbildung kann Pflegepersonal in Deutschland nicht absolvieren. Aufgrund ähnlicher Probleme des Psychiatermangels in ländlichen Regionen könnte jedoch auch in Deutschland die stärkere Beteiligung des Pflegepersonals an der Betreuung psychisch Kranker an Bedeutung gewinnen.

#### **4.2 Veränderungen der Versorgungsstrukturen im Zuge der Deinstitutionalisierung**

Auf dem nachfolgenden Zeitstrahl (Abbildung 14) wird die Entwicklung psychiatrischer Versorgung in Deutschland und Finnland gegenüber gestellt:

<b>Deutschland</b>		<b>Finnland</b>
130 psychiatrische Kliniken mit häufig über 1.000 Betten	<b>1950er Jahre</b>	1950 2,2 psychiatrische Betten/1.000 Einwohner  1952 Law on the Mentally Ill → Gründung MHDs und B-Hospitals
Erste kritische Berichte über Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern	<b>1960er Jahre</b>	Aufbau der Community Mental Health Centres (CHMC) zur ambulanten Vor- und Nachsorge und Behandlung psychiatrischer Patienten
1971 Einberufung Enquête-Kommission	<b>1970er Jahre</b>	
1975 <i>Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975)</i>		
1976 1,8 psychiatrische Betten/ 1.000 Einwohner  → Beginn der Massenentlassungen von Patienten, Verkleinerung der Landeskrankenhäuser, Aufbau von Abteilungspsychiatrien und gemeindenaher Versorgung		1976 4,4 psychiatrische Betten/1.000 Einwohner
1979 Einrichtung von 14 Modellregionen zur Erprobung der Ergebnisse der Enquête		
	<b>1980er Jahre</b>	1982 -1992 <i>National Schizophrenia Project</i> als erstes einiger nationaler Programme zur Verbesserung psychischen Versorgung  1984 <i>Official Committee Meeting on Mental Health Work</i>
1988 Expertenkommission der Bundesregierung → Auswertung der Modellregionen		→ Beginn des massenhaften Bettenabbaus und Schließung von psychiatrischen Kliniken
1990 Wiedervereinigung → Zusammenführung der psychiatrischen Versorgungssysteme von BRD und DDR	<b>1990er Jahre</b>	1991 Act on Specialised Care → Zusammenlegung des psychiatrischen und somatischen Sektors
1991 <i>PsychPV</i>		1991 <i>Mental Health Act</i> und <i>State Subsidy Reform</i> → Dezentralisierung von Organisation und Finanzierung der Psychiatrie
1991 0,8 psychiatrische Betten/1.000 Einwohner		
1999 <i>PsychThG</i>		1993 1,4 psychiatrische Betten/1.000 Einwohner
	<b>2000er Jahre</b>	2009 <i>Mieli 2009</i>
2010 0,5 psychiatrische Betten/1.000 Einwohner		2010 0,8 psychiatrische Betten/1.000 Einwohner

**Abb. 14:** Gegenüberstellung der Entwicklung psychiatrischer Versorgung in Deutschland und Finnland seit den 1950er Jahren; Quelle: eigene Darstellung

Es wird bereits in den Kapiteln 3.2.1.1 und 3.2.2.1 beschrieben, dass Deutschland und Finnland eine (wenn auch nicht vergleichbare) Bürde mit sich trugen, welche in beiden Ländern das Einsetzen der Deinstitutionalisierung im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen verzögerte. In Deutschland war es die Last der Nazizeit, in welcher auch viele psychisch kranke Menschen umgebracht wurden. Die folgende Zeit der Nichtaufarbeitung der Geschehnisse nennt D12 den „*time lack durch das Dritte Reich*“. Dies ist in seinen Augen ein Grund, warum die modernen Entwicklungen in der deutschen Psychiatrie erst ca. 15 Jahre später als bspw. in den anglophonen Ländern einsetzten. In Finnland waren vor allem die seit den 1950er Jahren errichteten *B-Hospitals* der Grund für das späte Einsetzen der Deinstitutionalisierung in der Psychiatrie (vgl. Kapitel 3.3.1.1 und 3.3.2.1). Wurden in anderen Ländern bereits ab den 1950er, 60er Jahren psychiatrische Anstalten verkleinert oder geschlossen, so baute man in Finnland aufgrund des *Law on the Mentally Ill* von 1952 neue psychiatrische Einrichtungen, wodurch sich die Zahl stationär-psychiatrischer Betten sich binnen weniger Jahre von vormals 2,2/ 1.000 Einwohner bis Mitte der 1970er Jahre auf 4,7/ 1.000 Einwohner mehr als verdoppelte. Dennoch wurden in Finnland seit den 1960er Jahren auch ambulante psychiatrische Hilfen, vorrangig in Form der CMHCs, ausgebaut. Deutschland hatte in den 1970er Jahren den günstigeren Ausgangswert mit lediglich 1,8 psychiatrischen Betten pro 1.000 Einwohner. Und auch heute noch hat Finnland mit 0,8/1.000 Einwohner eine höhere Rate stationärer Betten als Deutschland mit 0,5/ 1.000 Einwohner (vgl. Kapitel 3.2.1.3, 3.2.2.1 und 3.2.2.2). Das ist insofern erstaunlich, als dass in Finnland nach dem Gesetz der stationäre Aufenthalt schwierigen Patienten und Behandlungen bzw. Notfällen vorbehalten ist (vgl. Kapitel 3.1.2.1). Bedenkt man jedoch den extrem hohen Ausgangswert Finnlands, so ist dort bezüglich der Enthospitalisierung sehr viel erreicht worden. Zudem sprechen sich die finnischen Experten stärker für einen weiteren Bettenabbau aus als die deutschen, von denen einige gar von stationären Wiederaufstockungen in letzter Zeit berichten (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Stationäre Behandlung*, 3.3.2.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*). Daher ist zu erwarten, dass sich der finnische Wert auch weiter dem europäischen Durchschnitt von 0,6 psychiatrische Betten pro 1.000 Einwohner annähern wird (Eurostat, 2012).

Nachdem ab Ende der 1960er Jahre Kritik an den bestehenden Verhältnissen der deutschen Psychiatrie aufkam, wurde 1971 eine Enquête Kommission einberufen, um die

Zustände der Psychiatrie zu erheben und zu evaluieren. Daraus resultierte 1975 der *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*, in welchem die Kommission auch konkrete Änderungs- und Verbesserungsempfehlungen unterbreitete (vgl. Kapitel 3.2.1.2 *Die Psychiatrie-Enquête*). In den folgenden Jahren hielt die Deinstitutionalisierung in Deutschland Einzug und viele der Forderungen der Enquête-Kommission konnten umgesetzt werden.

Ein wichtiger Aspekt, der die Entwicklung zur Gründung der Enquête-Kommission mit in Gang setzte, war laut D12 die persönliche Erfahrung einiger, vor allem jüngerer, Psychiater und deren Familien, die das Elend der Anstalten jeden Tag erlebten.

*„Das hat natürlich auch eine Menge an Dynamik in Bewegung gesetzt, wenn man jeden Tag hier [damit] konfrontiert ist, was überhaupt an verrückten und unmenschlichen Dingen passiert.“ (D12)*

Auch einige der finnischen Experten berichten, dass das Umdenken in der Psychiatrie anfangs von einzelnen Psychiatern ausging, die bspw. modernere Behandlungsmethoden in ihren Kliniken einsetzten und einen offeneren Umgang pflegten (F9, F15, F16). Als ursächlich für den Deinstitutionalisierungsprozess wird von einigen Experten vor allem die empfundene Rückständigkeit Finnlands in der Psychiatrie beschrieben (vgl. Kapitel 3.2.2.2, 4.3.3). Ab Mitte der 70er Jahre setzte auch in weiteren Kreisen Finnlands ein Umdenken ein, deutliche Veränderungen kamen jedoch erst ab Mitte der 1980er Jahre. In Finnland begann die Deinstitutionalisierung bzw. Enthospitalisierung also noch einmal gut 10 Jahre später als in Deutschland. Als Reaktion auf die Empfehlungen verschiedener Regierungsberichte in den 1980er Jahren wurde mit dem Abbau sehr vieler stationär-psychiatrischer Betten begonnen (vgl. Kapitel 3.2.2.2). Salokangas und Saarinen (1998) bezeichnen diese Zeit als *„one of the most rapid psychiatric deinstitutionalization processes in the world“* (Salokangas und Saarinen, 1998, S. 458).

In Deutschland steht die Psychiatrie-Enquête damit als deutlicher Ausgangspunkt für die Entwicklung einer modernen Psychiatrie. In Finnland hingegen „verteilt“ sich der Beginn der Deinstitutionalisierung auf die verschiedenen Regierungsberichte und nationalen Programme, so dass die Entwicklung dort eher schrittweise ihren Anfang nahm (vgl. Kapitel 3.2.1.2, 3.2.2.2).

Umso rasanter verlief dagegen die Enthospitalisierung in Finnland ab Mitte der 1980er Jahre (vgl. Kapitel 3.2.2.3). Innerhalb weniger Jahre halbierten sich die stationären Bettenzahlen. Neben dem „Aufholbedarf“ waren vor allem die strukturellen Veränderungen (u.a. *Mental Health Care Act, State Subsidy Reform*) und die Auswirkungen der Wirtschaftskrise für das schnelle Voranschreiten der Enthospitalisierung verantwortlich.

Dies wiederum führte dazu, dass die ambulante psychiatrische Versorgung nicht schnell genug ausgebaut wurde. Zwar wurden in Finnland ja bereits seit den 1960er Jahren psychiatrische Ambulanzen eingerichtet, welche präventiv, begleitend und nachsorgend arbeiteten. Doch verlief Ende der 1980er, Ende der 1990er Jahre der Bettenabbau zu schnell und man kam mit der Ausweitung ambulanter Hilfen nicht hinterher, wie einzelne finnische Experten kritisieren (vgl. Kapitel 3.3.2.2). Erschwert wurde der Ausbau während dieser Zeit durch fehlende finanzielle Mittel, aufgrund von Umstrukturierungen und der Wirtschaftskrise (vgl. Kapitel 3.2.2 *Veränderungen durch den Deinstitutionalisierungsprozess*, 3.3.3.1 *Kritik*).

Zwar berichtet D14 auch von Massenentlassungen in Berlin während der 1990er Jahre, doch verlief der Bettenabbau in Deutschland über die Jahre sehr konstant (vgl. OECD, 2012a). Zudem wurde deutschlandweit lediglich ein psychiatrisches Krankenhaus geschlossen (vgl. Kapitel 3.2.1 *Umstrukturierungen der stationären Versorgung*). Durch den langsameren und konstanteren Abbau stationärer Strukturen hatte Deutschland – im Gegensatz zu Finnland – nicht mit einer plötzlichen Flut entlassener Patienten zu kämpfen, sondern über mehrere Jahre Zeit, eine adäquate ambulante Versorgungsstruktur zu entwickeln, zu erproben und auszubauen. (Gemeindenahe) ambulante psychiatrische und komplementäre Angebote waren in Deutschland ein Novum, während Finnland den Schritt der ambulanten Versorgung mit dem Aufbau der CMHCs bereits in den 1960er Jahren gegangen war (vgl. Kapitel 3.2.2.1). In Deutschland hingegen gab es vor der Psychiatrie-Enquête so gut wie keine komplementären Angebote und nur sehr wenige niedergelassene Psychiater (vgl. Kapitel 3.2.1.3 *Personal*).

Doch gerade hinsichtlich des Personals in der Psychiatrie hat es weitreichende Veränderungen in beiden Ländern gegeben. In Finnland kam es bereits seit den 1960er Jahren zu einem deutlichen Anstieg der in der Psychiatrie tätigen Ärzte. Seit 1976 letztlich konnte die Quote von 8,5 auf ca. 22 Psychiater pro 100.000 Einwohner im Jahr 2009

gesteigert werden. Vor allem während der 1990er Jahre konnte viel Nachwuchs gewonnen werden (vgl. Kapitel 3.2.2.3 *Personal*). In Deutschland stieg die Quote im gleichen Zeitraum gar von 4,3 auf gut 20 Psychiater und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner (vgl. Kapitel 3.2.1.3 *Personal*). Verantwortlich dafür ist vor allem die Psychiatrie-Personalverordnung von 1991, welche Standards für die Personalbemessung fest schreibt (PsychPV, 1990). Außerdem beanstandete die Psychiatrie-Enquête in den 1970er Jahren „beim Pflegepersonal [...] Qualifikationsprobleme“ (Bundestag, 1975, S. 12), da viel ungelerntes Personal in den psychiatrischen Kliniken tätig war. Heute hingegen ist das Pflegepersonal in Deutschland und auch in Finnland (sehr) gut qualifiziert (D5, D17, D18, F2, F3, F12).

Auch in den vergangenen 20 Jahren hat es in beiden Ländern Veränderungen und Neuerungen hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung gegeben. Deutschland und Finnland verfolgen heute das Prinzip „ambulant vor stationär“. Die Forderungen nach weniger stationärem Volumen und mehr gemeindenaher Psychiatrie wurden in beiden auch Ländern weitestgehend umgesetzt. Dennoch gibt es nach wie vor Bestrebungen, die bestehenden Verhältnisse der psychiatrischen Versorgung zu verändern.

So hat Finnland mit dem Programm *Mieli 2009* erneut ein nationales Programm gestartet mit dem Ziel, psychische Gesundheit weiter zu fördern, psychischen Erkrankungen vorzubeugen und den Status der Patienten zu stärken (Ministry of Social Affairs and Health, 2010c). Außerdem geht die Entwicklung hin zu mehr Gemeindekooperativen und -zusammenschlüssen, welche helfen sollen die psychiatrische Grundversorgung zu verbessern (vgl. Kapitel 3.3.2.2 und 4.3.3). In Deutschland sind die Diskussion um eine verbesserte Kooperation des ambulanten und stationären Sektors sowie das neue Entgeltsystem aktuelle Themen. Integrierte Versorgungsverträge sind u.a. derzeit erprobte Ansätze, um der heftig kritisierten Trennung von stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung zu begegnen.



### 4.3 Wahrnehmung der Entwicklung und Bewertung der heutigen Situation psychiatrischer Versorgung durch Akteure beider Systeme

#### 4.3.1 Entwicklung

In den Kapiteln 3.3.1.1 und 3.3.2.1 wird beschrieben, dass die interviewten Experten in Deutschland und in Finnland den Entwicklungen des Deinstitutionalisierungsprozesses ihres Landes zum überwiegenden Teil positiv gegenüberstehen. Diese Äußerungen beziehen sich vor allem auf die besseren und zahlreicheren ambulanten und komplementären Behandlungsangebote heutzutage. Außerdem loben die Experten die verbesserten Bedingungen in den Kliniken, sowie die veränderten Lebensbedingungen der (entlassenen) Patienten, von denen ein Großteil heute ein selbstbestimmteres Leben führen kann als noch vor 30, 40 Jahren (vgl. Kapitel 3.3.1.1 und 3.3.2.1 *Positive Aspekte*). Dass die verbesserten Lebens- und Behandlungsbedingungen, die Schließung bzw. Verkleinerung der weit abgelegenen Anstalten und die gesellschaftliche Integration der Patienten in Deutschland und Finnland positiv aufgenommen werden, war zu erwarten. Schließlich ist die Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (auch seelisch) Behinderter heute in den westlichen Industrieländern – nicht erst seit der UN-Behindertenkonvention von 2008 – weitestgehend gesellschaftlicher Konsens (Bundesregierung, 2008).

Der Beginn der Reduzierung stationären Volumens hat in Deutschland gut 10 Jahre früher als in Finnland begonnen (vgl. Zeitstrahl in Kapitel 4.2). Die deutschen Experten sprechen mehrfach über die „*sauschlecht[en]*“ (D6), „*grauenhaften*“ und „*unmenschlichen*“ (D12) Bedingungen in den psychiatrischen Anstalten der Vordeinstitutionalisierungs-Ära, welche letztlich ausschlaggebend waren für die Forderungen der Verantwortlichen, an diesem Zustand etwas zu ändern (vgl. Psychiatrie-Enquête). Von den für diese Arbeit interviewten finnischen Experten hingegen gibt es keine derart drastischen Berichte über die Anstaltsbedingungen vor Beginn der Deinstitutionalisierung, wie bspw. von D12 (vgl. Kapitel 3.2.1.1). Zwar kommen kritische Anmerkungen von F3 und F12, doch einzig F8 äußert sich wirklich negativ zu den damaligen Zuständen:

*„The conditions there [in the mental hospital; Anm. d. A.] were a mess. There were chronically ill patients still there, mentally handicapped people. I do not know if it was inhumane, but it was not ok.“ (F8)*

Zwei Experten empfanden die damaligen Lebensbedingungen der Patienten in den Großkrankenhäusern sogar als gut, betonen aber, dass es vor 40 Jahren eine andere, „paternalistische“, Sicht darauf gab, was gut für die Patienten ist (vgl. Kapitel 3.3.2.1 *Positive Aspekte*). Zwar merkt auch D6 an, dass *„manche Psychiater[...] sicher sagen [würden], dass es früher mit den Heimen besser war“*. Jedoch ist eine solche oder ähnliche Äußerung seitens der für diese Arbeit interviewten deutschen Experten nicht vorgekommen.

Ob die Bedingungen in finnischen Großkrankenhäusern tatsächlich besser bzw. der Umgang menschlicher war oder ob die verschiedenen Wertungen auf unterschiedlichen Sichtweisen der Interviewpartner beider Länder beruhen, lässt sich in dieser Arbeit nicht abschließend klären. Die Aussagen der Experten beider Länder über die Vor-Deinstitutionalisierungs-Ära, teilweise auch Angaben aus der Literatur (vgl. Kapitel 3.2.1.1 und 3.2.2.1; Nikkonen, 1994), zeigen jedoch, dass die äußeren Faktoren in beiden Ländern ähnlich waren:

- Es gab große Anstaltspsychiatrien mit mehreren hundert Betten
- Die Anstalten waren weit abgelegen
- Psychisch Kranke, geistig Behinderte und oftmals auch alte Menschen waren zusammen untergebracht
- Patienten wurden bevormundet
- Es gab zu wenig Personal.

Wie in Kapitel 3.3.2 mehrfach dargestellt, beschreiben finnische Experten (F3, F9, F14, F15, F16) die (damalige) Psychiatrie und auch die gesellschaftliche Einstellung als autoritär und paternalistisch. Vielleicht ist diese Einstellung – neben dem erwähnten Bau der *B-Hospitals* in den 1950er Jahren – ein Grund, warum der Prozess der Deinstitutionalisierung in Finnland recht spät begann. Denn während in den USA oder in Deutschland die unmenschlichen Lebensbedingungen in den Anstaltspsychiatrien entscheidend für ein Umdenken der Verantwortlichen waren (Lamb und Bachrach, 2001; Bauer et al.,

2002) (vgl. Kapitel 3.2.1.1 und 3.2.1.1 *Die Psychiatrie-Enquête*; 3.2.2.2), wurde dieser Aspekt von den finnischen Experten überhaupt nicht als Grund für den Wandel erwähnt. Sie nannten eher die „Rückständigkeit“ der finnischen Psychiatrie im internationalen Vergleich als Auslöser für den Beginn der Deinstitutionalisierung.

*“But when we came to the middle of the ‘70s and we saw what happened in other countries we became ashamed. It is not nice to have the world record of mental hospitals. Finland and Ireland were on the top. So we changed the policy and started to deinstitutionalise the hospitals.” (F15)*

Nichtsdestotrotz bewerten auch die finnischen Interviewpartner die Situation der Patienten heute als deutlich besser im Vergleich zu vor 30 Jahren (vgl. Kapitel 3.3.2.1 *Positive Aspekte*).

Über das Vorgehen der Enthospitalisierung gibt es in beiden Ländern verschiedene Meinungen. So werden in Deutschland, vor allem aber in Finnland zu schnelle und zu massive Entlassungen kritisiert, ohne dass zeitgleich entsprechende ambulante Einrichtungen errichtet worden wären. Der Vorwurf der „Umetikettierung“ (vgl. D14), also lediglich die Verlegung von Patienten aus den psychiatrischen Kliniken in psychiatrische Pflegeheime, wird in beiden Ländern gebracht (vgl. Kapitel 3.3.1.1 und 3.3.2.1 *Kritik*; 3.3.2.2 *Ambulante Versorgung*). Die Patienten seien dadurch weiterhin institutionalisiert. Experten beider Länder führen dennoch auch die schützenden Aspekte der Pflegeheime an. Die deutschen Experten D12 und D13 relativieren und erklären die (anfängliche) „Umhospitalisierung“ zum einen mit dem Mangel an alternativen Unterbringungen und Behandlungsformen (vgl. Kapitel 3.3.1.1 *Kritik*), sowie mit der Notwendigkeit der behutsamen Resozialisierung der Patienten:

*„Aber wissen Sie, Sie dürfen sich das nicht so vorstellen, dass dann die Leute in die Krankenhäuser gekommen wären, wo Herr K. schon seit 25 Jahren liegt und man dem einfach vorschlug: ‚Na Herr K., wie wär’s denn, ne schöne Wohnung?‘ [...] Glauben Sie nicht, dass die Leute dann aufgestanden sind und gesagt haben: ‚Gott sei Dank Sie sind da, wir haben so lange auf Sie gewartet!‘ Das war nicht so. Und man muss auch sehen, dass die erst wieder das Leben lernen*

*mussten. Insofern muss man eben manchmal auch gerecht widerfahren lassen, dass solche Leute eben zunächst einmal in ein Wohnheim gezogen sind, auch wenn ihnen das eine Pflegesatzabhängigkeit bescherte. Aber das vielleicht als neuen Startpunkt zu versuchen ein neues Leben zu kreieren, das war schon in Ordnung.“ (D13)*

Viel stärker jedoch als die deutschen, kritisieren die finnischen Interviewpartner diese Entwicklung der „Umhospitalisierung“. Allen voran F13, der einzige Nichtpsychiater unter den finnischen Experten und sich selbst als „Dissident“ bezeichnend, betont, dass Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung nicht gleichzusetzen sind:

*“I can be the last Mohican in this bloody world to say that it makes a difference to speak about dehospitalisation and deinstitutionalisation.” (F13, vgl. Kapitel 3.3.2.1 Kritik)*

Die heftigere Kritik der finnischen Experten wird verständlich, wenn man sich die Zahlen der institutionalisierten Patienten in beiden Ländern anschaut. Heute leben in Finnland mehr Menschen in psychiatrischen Pflegeheimen, als es psychiatrische Betten in Krankenhäusern gibt. So betrug 2010 der Messwert für psychiatrische Betten in Pflegeheimen in Finnland 1,35 Betten pro 1.000 Einwohner, während hingegen diese Zahl für stationäre Krankenhausbetten lediglich bei 0,8 pro 1.000 Einwohnern lag (vgl. Kapitel 3.1.2.4 *Wohnen*). Für Deutschland sind zwar keine bundesweiten Zahlen verfügbar, jedoch zeigen die Daten für das Bundesland Sachsen, dass die Messwerte für psychiatrische Pflegeheime deutlich unter denen für die stationäre Versorgung liegen. So war 2011 im Freistaat mit 0,33 stationären Plätzen pro 1.000 Einwohner die Quote für psychiatrische Pflegeheime nur halb so hoch wie für stationäre psychiatrische Betten in Krankenhäusern (0,62/1.000 Einwohner; deutschlandweit: 0,5/1.000 Einwohner) (vgl. Kapitel 3.1.1.5 *Wohnen*).

Da die Prävalenzen von psychischen Erkrankungen in beiden Ländern annähernd gleich sind (vgl. Kapitel 1.2.3), lassen sich diese unterschiedlichen Zahlen der Unterbringung nicht durch verschiedene Häufigkeiten begründen. Mögliche Erklärungen für diese anteilig derart hohe Zahl der Patienten in psychiatrischen Pflegeheimen in Finnland könnten ähnliche sein, wie die der Experten für die hohe Zahl der Zwangsmaßnahmen in der

finnischen Psychiatrie: etwa das mehrfach angesprochene „*authoritarian system in Finnish culture and the Finnish nature*“ (F9, vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Zwangeinweisungen*). Das (ehemals) autoritäre System und ein nur langsamer Wandel in der Einstellung des Personals, können mitverantwortlich für die hohe außerklinische Institutionalierungsrate in Finnland sein (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Zwangseinweisungen*). Auch ungenügende ambulante Versorgungsstrukturen können als Ursache angenommen werden. Denn einige Experten äußern, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen nach wie vor nicht ausreichen würden, um vor allem schwerkranken Menschen ambulante Alternativen zum Pflegeheim zu bieten und ihnen zu ermöglichen, eigenständig zu leben und außerstationäre Behandlungen und Hilfe zu erhalten (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Ambulante Versorgung*).

Es ist bekannt, dass obdachlose Menschen überdurchschnittlich häufig an seelischen Problemen leiden (Breakey et al., 1989; Lamb und Bachrach, 2001; Nouvertné et al., 2002). Lamb und Bachrach (2001) schreiben, dass Obdachlosigkeit (in den USA) eine unbeabsichtigte Folge der Deinstitutionalisierung sei. Es gebe „*a new generation of un-institutionalised persons who have severe mental illness, who are homeless*“ (S. 1039). Auch in Deutschland sprechen mehrere Experten (D3, D6, D7, D13) darüber, dass während der Entlassungswellen psychiatrische Langzeitpatienten in die Obdachlosigkeit entlassen wurden. Anders sei dies jedoch in Finnland, wie F1 bekräftigt:

*“No, no. In Finland it is impossible to go to the streets, because we have the cold winters. [...] Finland is of course quite democratic and puts emphasis on equality and it is a long tradition to take care of the old people. [...] Often the care is not optimal in the [psychiatric] rehabilitation homes. In some communes they are excellent, in some communes not so excellent. But everybody could find a place to live”.* (F1)

Dies lässt die Überlegung zu, dass enthospitalisierte Patienten in Finnland eher in psychiatrische Pflegeheime verlegt wurden, als sie gänzlich – mit dem Risiko der Obdachlosigkeit – zu entlassen. Möglicherweise ist das eine weitere Erklärung für die hohe Rate an Betten in Finnlands psychiatrischen Pflegeheimen.

In Deutschland wie in Finnland war und ist es Ziel, den ambulanten psychiatrischen Sektor zu stärken und mehr nicht-stationäre Hilfen für chronisch, wie auch für akut psychisch Kranke zu schaffen (vgl. Kapitel 3.2.1.3 *Die Psychiatrie-Enquête*, 3.2.2.3 *Ambulantisierung und Vermeidung von Chronifizierung*). In beiden Ländern bemängeln die Experten jedoch, dass der Ausbau der ambulanten Versorgung nicht mit dem Abbau stationärer Betten mithalten konnte (vgl. Kapitel 3.3.1.1 und 3.3.2.1 *Kritik*). In Finnland bezieht sich diese Kritik vor allem auf die Zeit zu Beginn der 1990er Jahre, als sehr viele Menschen aus den psychiatrischen Anstalten entlassen wurden und politische Reformen sowie die wirtschaftliche Rezession den zügigen Ausbau der ambulanten Hilfen erschwerten (vgl. Kapitel 3.3.2.1 *Kritik*, 4.2).

Deutsche und finnische Interviewpartner kritisieren die Zunahme von stationären Wiedereinweisungen im Laufe des Deinstitutionalisierungsprozesses. Neben mangelnden ambulanten Strukturen sehen sie diese Zunahme vor allem in den verkürzten stationären Aufenthaltsdauern begründet (vgl. Kapitel 3.3.1.1 und 3.3.2.1 *Kritik*; 3.2.2.3 *Veränderungen im stationären Bereich*). Auch in den fehlenden bzw. nicht bedarfsorientierten ambulanten Strukturen – in Deutschland ebenso der Mangel an niedergelassenen Psychiatern in einigen Regionen – ist ein Grund für häufige stationäre (Wieder-) Einweisungen zu finden. Beide Länder weisen z.T. doppelt so hohe Rehospitalisierungsraten auf wie der Durchschnitt der OECD-Länder (vgl. Kapitel 3.2.1.3, 3.2.2.3). Dieser sog. Dreh-tür-Effekt ist in Deutschland und Finnland ein Problem und für einige Experten ein Zeichen, dass Institutionalisierung auch Schutz für die Patienten bedeutet. Zwar wird die Abschaffung der Langzeitbereiche in der Psychiatrie durchgehend befürwortet, doch würden durch die Verkürzung der Behandlungsdauern manche Patienten heute nicht lange genug stationär behandelt (in beiden Ländern heute durchschnittlich deutlich unter 30 Tage, vgl. Kapitel 3.2.1.3 *Umstrukturierungen der stationären Versorgung*, 3.2.2.3 *Veränderungen im stationären Bereich*). Damit stimmen die deutschen und finnischen Experten mit den Angaben aus der Literatur überein, welche besagen, dass eine Untergrenze der durchschnittlichen Behandlungsdauer erreicht ist (vgl. Spießl et al., 2006; 3.2.1.3 *Umstrukturierung der stationären Versorgung*).

### 4.3.2 Stärken und Schwächen der Systeme

Deutschland und Finnland haben zwei grundverschiedene Gesundheitssysteme (vgl. Kapitel 1.3). Viele der genannten Stärken und angesprochenen Probleme resultieren aus den Eigenheiten jedes Systems, wie die getrennte Finanzierung in Deutschland oder die Dezentralisierung in Finnland.

Einige Probleme existieren jedoch in beiden Ländern, wie etwa die Ungleichverteilung von Psychiatern innerhalb des Landes. Insgesamt beschreiben die Experten die positiven Seiten der psychiatrischen Versorgung ihres Landes recht allgemein, während sie die negativen Seiten detaillierter ausführen. Auch äußern alle Interviewpartner mehr Kritik als lobende Worte für ihr jeweiliges Versorgungssystem. Dies heißt nicht unbedingt, dass die Schwächen der Systeme überwiegen, sondern ist u.a. darin begründet, dass Menschen dazu tendieren, negative Aspekte einer Sache stärker zu gewichten als positive (Kanouse, 1984). Im Großen und Ganzen nennen sich fast alle Experten in beiden Ländern mit ihrem System recht zufrieden, listen jedoch mehrere Punkte auf, die ihnen missfallen.

#### 4.3.2.1 Stärken

Interviewpartner D3 sagt über das deutsche psychiatrische Versorgungssystem:

*„Ich denke, es ist schon nicht so schlecht. Es hat natürlich Riesenmängel. [...] Aber [...] ein durchdachtes, besseres System kenne ich nicht“* (D3, vgl. Kapitel 3.3.1.2).

Damit gibt er die Meinung vieler anderer Experten wieder. Die deutschen Interviewpartner sind überwiegend der Ansicht, *„dass Deutschland ganz gut dasteht“* (D9), dass die psychiatrische Versorgung fair ist und gut funktioniert. Die Versorgung ist auf einem international achtbaren Niveau und viele der genannten Nachteile im Vergleich zu anderen Ländern – bspw. den Niederlanden oder den skandinavischen Ländern – sind den verschiedenen Gesundheitssystemen geschuldet (D2, D3, D5, D8, D9, D10, D13, D18).

*„Wir haben eine faire Möglichkeit eine ambulante Behandlung zu kriegen, auch wenn die bei weitem nicht so ist, wie man sie sich vorstellt. Aber Sie kriegen sie, auch wenn Sie Sozialhilfeempfänger sind. Sie bekommen eine Krankenhausbehandlung. Wir haben viel weniger Gelder für Konsile. Aber auch wenn Sie arm sind und kein Geld haben, bekommen Sie einigermaßen eine „state of the art“ Behandlung. Das ist unglaublich viel wert.“ (D18)*

Lobend hervorgehoben werden u.a. die komplementären Hilfe (D6, D10, D15), insbesondere die *„Vielfalt und Erreichbarkeit, also Niedrigschwelligkeit, der Angebote“* (D10). Die ambulante Facharztversorgung wird als Spezifikum Deutschlands und besonderes Qualitätsmerkmal für die Versorgung herausgestellt und *„die psychotherapeutische Versorgung [... ist] die beste in der Welt“* (D1) (vgl. Kapitel 3.1.1.4, 3.3.1.2 *Ambulante und komplementäre Dienste*). Gleichzeitig gibt es – auch zu den positiv benannten Punkten – reichlich Kritik von Seiten der deutschen Experten (vgl. Kapitel 3.3.1.2). Lobend äußern sie sich immer wieder über die Systeme der Niederlande (D1, D12 und D13), Großbritanniens (D6, D9), sowie Skandinaviens (D10, D12).

Die finnischen Interviewpartner äußern sich überwiegend und z.T. sehr positiv zu der psychiatrischen Versorgung ihres Landes (F1, F2, F4, F5, F6, F7, F9, F11, F14, F15).

*“There is no reason to be ashamed, if we compare our system to that of other countries.” (F15)*

*“I would say that in many ways things are better in our country and also that we have certain kind of mental health policy, especially at the national level!” (F14)*

*“If I compare it with the experience I have from other countries, I think Finland still has quite a well working system. Especially if you have something serious, you are taken care about. If you have something not so serious, it may be difficult. If you are psychotic and disturbing, you get treatment. Usually the treatment is on a quite good level”. (F11)*

*“Finnish psychiatry is on a very high level internationally.” (F6)*



Als finnische Besonderheiten und Vorzüge heben die Experten u.a. die Jugendlichenpsychiatrie als eigenständiges Fachgebiet (vgl. Kapitel 3.2.2.3 *Jugendlichenpsychiatrie*) hervor. Außerdem loben sie das gut ausgebildete psychiatrische Pflegepersonal, welches vielfach auch eine psychotherapeutische Ausbildung besitzt (vgl. Kapitel 3.1.2.5 und 3.2.2.3 *Personal*). Dies unterscheidet Finnland von Deutschland und anderen europäischen Ländern (F6).

Deutsche und finnische Experten betonen die Errungenschaft und Wichtigkeit des Sozialstaates, denn auch Bedürftige, welche es unter den psychisch Kranken viele gibt, erhalten Hilfe und werden versorgt.

Die deutschen und die finnischen Interviewpartner sind also mehrheitlich (sehr) zufrieden mit dem bestehenden System. Die finnischen Experten äußern sich insgesamt jedoch noch positiver und zufriedener über das psychiatrische Versorgungssystem ihres Landes als die deutschen. So stellen die deutschen Interviewpartner den positiven Aspekten der psychiatrischen Versorgung meist auch gleich deren Nachteile gegenüber. Positiv von den Experten hervorgehoben werden sehr verschiedene und z.T. sehr länderspezifische Gegebenheiten. Die in Deutschland übliche ambulante fachärztliche Versorgung gibt es in Finnland in dieser Form nicht. Andersherum ist die Jugendlichenpsychiatrie in Deutschland kein eigenständiges Fachgebiet. Und auch die gute und psychotherapeutische Ausbildung des finnischen Pflegepersonals findet in Deutschland keine Entsprechung. Dennoch klingt in einigen finnischen Interviews durch, dass es (nicht nur in ländlichen Regionen) z.T. schwierig ist, psychotherapeutische Behandlung zu bekommen. F7 und F15 etwa berichten, dass man selbst im Universitätsklinikum auf private Psychotherapeuten zurückgreife. Deutschland hingegen hat nach Ansicht der Experten, dank der Psychosomatik und der grundsätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung der Psychiater – eine sehr gute psychotherapeutische Versorgung.

#### **4.3.2.2 Schwächen**

##### **Aufbau und Organisation**

Einer der Hauptkritikpunkte der Experten in Deutschland ist die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer psychiatrischer Versorgung, welche durch die unter-

schiedliche Finanzierung beider Sektoren bedingt ist (vgl. Kapitel 3.1.1.8, 3.3.2.2 *Kooperation der Sektoren*). Damit stimmen sie mit der allgemeinen Meinung der Literatur überein, welche die Trennung der Sektoren (nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch im gesamten Gesundheitssystem) kritisiert (Busse und Riesberg, 2005; Ommen et al., 2007). Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist oft zum Nachteil der Patienten, wie die Experten berichten. So ist der stationär-ambulante Übergang für die Patienten kaum geregelt. Es herrscht ein Konkurrenzdenken zwischen den Sektoren, so dass Entscheidungen nicht immer dem Patientenwohl gerecht gefällt werden. Auch in Finnland wird mangelnde Kooperation zwischen den Institutionen und Sektoren von einigen Experten beklagt (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Organisation der Versorgung und Kooperation der Sektoren*). Jedoch ist diese Trennung in Finnland nicht wie in Deutschland finanziell, sondern oft in der Eigenständigkeit der Gemeinden begründet.

Als Möglichkeit, diese strikte Trennung im deutschen System aufzulockern, nennen die Experten Integrierte Versorgungs-Verträge (IV-Verträge), vor allem das persönliche Budget oder das Regionale Psychriatriebudget (RPB) (vgl. 3.3.1.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*). Beim persönlichen Budget gibt es eine „Kopfpauschale“ pro Patient, egal wo dieser behandelt wird. Beim RPB erhält das Krankenhaus einer Region ein bestimmtes Budget, mit dem es die ambulante und (teil-) stationäre Versorgung psychiatrischer Patienten in seinem Einzugsgebiet finanziert und sicherstellt. Das Geld kommt also aus einem „Topf“. Die Krankenhäuser können frei entscheiden, für welche Art der Behandlung das Geld eingesetzt wird und machen keine Einbußen bei weniger stationärer Versorgung, wie es in der derzeitigen Situation der Fall ist. Einige Beispiele für das RPB gibt es bereits in Schleswig-Holstein und Thüringen (Wilms, 2012; Klinikum Itzehoe, 2013), für das persönliche Budget u.a. in Berlin (D18). Das Regionale Psychriatriebudget unterstützt nicht nur die Aufhebung der Trennung der Sektoren, sondern bietet auch die Möglichkeit, die personelle Unterversorgung einiger Regionen abzufangen. Durch verstärkte ambulante und aufsuchende Hilfen durch das Krankenhaus kann u.a. der Mangel an niedergelassenen Psychiatern etwas ausgeglichen werden. Die Kliniken abseits der Großstädte haben in ihrem Einzugsgebiet oftmals eine Art Monopolstellung der psychiatrischen Versorgung inne. Die Finanzierung und Organisation der aufsuchenden, ambulanten, teil-stationären und stationären Hilfen ist innerhalb eines regionalen Psychriatrie-Budgets unkompliziert und vor allem patientenorientierter möglich. Daher

ist das Regionalbudget für ländliche Regionen Deutschlands mit (zu) wenigen niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten eine echte Alternative zur derzeitigen Finanzierung.

Bisher jedoch betreffen die Regelungen der IV-Verträge in Deutschland nur sehr wenige Patienten. Eine gänzliche Umstrukturierung der Finanzierung und Organisation wäre notwendig, um die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung im psychiatrischen Sektor aufzuheben oder zumindest die Kooperation beider Sektoren bundesweit zu verbessern.

Ein den IV-Verträgen ähnliches Modell beschreibt auch Interviewpartner F8 für die finnische Landschaft Kainuu, einer dünnbesiedelten Region mit wenigen Ärzten im Nordosten Finnlands. Zum einen setzt man dort auf die psychotherapeutische Ausbildung von Krankenschwestern, um dem Ärztemangel zu begegnen. Zum anderen erfolgt die Finanzierung und Organisation psychiatrischer Versorgung nicht wie in Finnland üblich auf Gemeinde-, sondern auf Landschaftsebene (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*), wodurch die Behandlung der Patienten nicht an einen Ort oder eine bestimmte Institution gebunden ist. Auch wenn in Kainuu ein anderer (organisatorischer) Ansatz zugrunde liegt als in Deutschland, zeigen die erfolgreichen Umsetzungen einheitlicher Finanzierung und Kooperation, wie psychiatrische Versorgung in ländlich strukturierten Regionen patientenorientiert und erfolgreich umgesetzt werden kann.

Das von den finnischen Experten am heftigsten diskutierte und kritisierte Thema ist das stark dezentralistische Wesen ihres Gesundheitssystems, in welchem Organisation und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung den Gemeinden obliegen (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisation und ihre Auswirkungen*). Und auch in der Literatur wird Finnland als „*country with perhaps the most decentralised health care financing system in the world*“ bezeichnet (vgl. Kapitel 3.2.2.3 *Administrative Veränderungen*). Die Experten berichten von negativen Konsequenzen der Dezentralisierung für die Nutzer (vgl. Kapitel 3.2.2.3 *Veränderungen im stationären Bereich*). So ist die Mortalitätsrate entlassener Langzeitpatienten gestiegen. Auch unterscheiden sich die psychiatrischen Versorgungsangebote in den Kommunen z.T. enorm, kritisieren die Experten, da sich neben

den geographischen Gegebenheiten und der Zahl der Einwohner auch deren Finanzkraft stark unterscheidet. Zwar äußert niemand den Wunsch nach einer Rückkehr zu einem sehr zentralistischen System wie vor dem *Mental Health Act* und der *State Subsidy Reform*, doch mehr Zentralisation als heute wird von beinahe allen Experten gewünscht und als notwendig erachtet. Nur so könne finnlandweit eine qualitativ einheitliche Versorgung sichergestellt werden. Heute sind zudem viele Gemeinden Finnlands zu klein, um überhaupt ausreichende Strukturen zu schaffen für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen und auch anderer medizinischer und sozialer Dienstleistungen (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*).

Das Problem wird deutlich, wenn man die finnischen Strukturen mit den Zuständigkeiten in Deutschland vergleicht. Als kleinste Einheit in der psychiatrischen Versorgung fungieren in Deutschland die kreisfreien Städte und Kreise, welche in aller Regel für die Koordination und z.T. Finanzierung der komplementären psychiatrischen Hilfen, sowie für die Sozialhilfe verantwortlich sind. Die finnischen Experten halten 20.000 Einwohner pro Gemeinde für die „machbare“ Untergrenze einer ausreichenden psychiatrischen Versorgung. Derzeit jedoch hat über die Hälfte aller finnischen Kommunen weniger als 6000 Einwohner. Die am dünnsten besiedelte Gemeinde Finnlands, Savukoski in Lappland, weist lediglich 0,2 Einwohner/m<sup>2</sup> auf (The Association of Finnish Local and Regional Authorities 2013a, 2013b). Der – auf die Bevölkerung bezogen – kleinste deutsche Kreis dagegen, Lüchow-Danneberg in Niedersachsen, hat 49.000 Einwohner. Und selbst der Kreis mit der geringsten Bevölkerungsdichte, die Prignitz in Brandenburg, weist immer noch 38 Einwohner/m<sup>2</sup> auf (vgl. Übersicht auf wikipedia, 2012). Auch in einigen deutschen Kreisen ist es nach Aussage einiger Experten schwierig, eine flächendeckende Versorgung (komplementärer Angebote) zu gewährleisten (D7, D11, D14, D15). Dieser Vergleich zeigt, dass eine gewisse Bevölkerungsgröße einer Verwaltungsregion notwendig scheint, um den Menschen eine ausreichende psychiatrische Versorgung zu bieten.

Das Problem großer, dünnbesiedelter Landkreise ist, dass es oftmals nicht möglich ist, psychiatrische Angebote wohnort- bzw. gemeindenah anzubieten. Lösung hierfür können aufsuchende Hilfen in akuten Fällen, wie auch regelmäßige Hausbesuche für chronisch kranke Patienten sein, wie es sie in Finnland bereits mehrfach gibt. Auch scheint

es sinnvoll zu sein, dass – wie in Deutschland – bestimmte Aufgaben von überörtlichen, oder gar überregionalen Trägern und Institutionen übernommen werden und nicht alles den kleinsten Verwaltungseinheiten – wie den Kommunen in Finnland – zu überlassen.

In Finnland gibt es bereits erste Schritte hin zu einem zentralistischeren System. Die finnische Politik hat erkannt, dass, wie von vielen Experten bemängelt, zahlreiche Gemeinden viel zu klein sind um eine ausreichende psychiatrische Versorgung zu gewährleisten (vgl. Kapitel 3.2.2.3 *Administrative Veränderungen*). So hat die Regierung bereits 2005 ein Strukturreformprojekt (PARAS), 2006 ein Strukturreformgesetz und 2010 den *Health Care Act* verabschiedet. Darin werden die Kommunen angehalten, sich zu größeren Gemeinden, Kooperationen oder *joint authorities* (gemeinsame Behörden) zusammenzuschließen, um bspw. eine Mindesteinwohnerzahl von 20.000 für die medizinische Grundversorgung erreichen. 2010 traf dies erst auf ein Viertel aller Gemeinden bzw. PHCCs zu, dennoch gab es im gleichen Jahr bereits 226 *joint authorities* mehrerer Gemeinden, welche gemeinsame PHCCs oder, als *hospital districts*, Krankenhäuser betrieben (Moisio et al., 2010).

Jedoch scheint sich diese Entwicklung nur sehr langsam durchzusetzen. In den Ende 2010 in Finnland durchgeführten Interviews sehen einige Experten in diesem Prozess einen Trend zu mehr Zentralisierung (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*). Dennoch kritisieren viele von ihnen, dass es nach wie vor zu viele zu kleine Gemeinden gibt und dass Kooperationen zwischen den Gemeinden zu selten vorkommen (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*). Diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen und es wird wohl noch einige Zeit dauern, bis Finnland über ein deutlich weniger dezentralisiertes System verfügt, wie es sich viele Experten wünschen.

Das Problem zu kleiner Verantwortungseinheiten besteht in Deutschland nicht. Dennoch gibt es regionale Unterschiede zwischen den Kreisen und Ländern. Wie in den Kapiteln 3.1.1.1 und 3.1.1.4 beschrieben, liegt, durch die Krankenhaus- und Psychiatrieplanung und durch die PsychKGs, ein gewisser Spielraum der psychiatrischen Gesetzgebung bei den Bundesländern. Einige deutsche Experten kritisieren das, da bspw. die unterschiedlichen Bestimmungen zur Benachrichtigung des Gerichtes bei Zwangseinweisungen den „*Gleichstellungsanspruch und das Gleichstellungsrecht*“ (D17) des Grundgesetzes ver-

letzen würden. Auch die Verantwortung und Koordination der Hilfen durch die Landkreise führe zu z.T. deutlichen Unterschieden und einer großen Ungleichheit bei gemeindepsychiatrischen Angeboten (D9). Dennoch sind diese bestehenden Verhältnisse und Unterschiede in Deutschland kein Vergleich zu den vielen hundert Gemeinden Finnlands. Auch werden sie von den meisten deutschen Experten nicht als gravierendes Problem erachtet. Viele äußern sich erst auf Nachfrage zu diesem Thema. In beiden Ländern werten die Experten jedoch positiv, dass sich durch die lokale bzw. regionale Verantwortung die Möglichkeit ergibt, auf örtliche Besonderheiten, bspw. in der Bevölkerungszusammensetzung, eingehen zu können (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Organisationsstruktur*).

Deutschland und Finnland unterschieden sich weiterhin dahingehend, dass in Deutschland der medizinische Versorgungsgrad einer Gemeinde nicht von deren monetären Mitteln abhängt, anders als oftmals bei den Gemeinden in Finnland. Verantwortlich für die Ärzteverteilung in Deutschland sind die KVen. Zuständig für und Träger der gemeindepsychiatrischen Zentren sind die Kreise, oftmals auch die Wohlfahrtsverbände, GmbHs oder gemeinnützige Vereine. In Finnland obliegt die Versorgung und Finanzierung hingegen fast gänzlich den einzelnen Gemeinden.

In Finnland ist ein Patient auf die Versorgung innerhalb seiner Gemeinde angewiesen. In Deutschland hingegen kann ein Patient auch medizinische Hilfe in der Nachbargemeinde aufsuchen. Außerdem sind die gemeindepsychiatrischen Träger i.d.R. für einen ganzen Landkreis und nicht nur für eine Gemeinde zuständig. Lediglich die psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungspsychiatrien in Deutschland haben, wie die finnischen auch, Einzugsgebiete- bzw. Versorgungsgebiete.

Mehrere der finnischen Interviewpartner beklagen den Verlust von Patienteninformationen durch die Dezentralisierung, da vor den politischen Reformen Anfang der 90er Jahre die persönlichen Daten der Patienten zentral gespeichert wurden (vgl. 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*). Eine genaue Übersicht ist verloren gegangen. Mittlerweile ist es schwieriger Zugriff auf Patientendaten zu bekommen, da stets die Zustimmung der Betroffenen benötigt. Auch in Deutschland ist es notwendig zunächst die

Erlaubnis des Patienten für eine Weiterleitung seiner Daten einzuholen. Jedoch wird diese Tatsache von keinem der deutschen Interviewpartner thematisiert, woraus sich schließen lässt, dass diese Praxis in Deutschland als selbstverständlich akzeptiert wird. Da der Datenschutz in Finnland aber generell großzügiger gehandhabt wird als in Deutschland, empfinden die finnischen Experten diese Änderung als Rückschritt und fordern wieder mehr Transparenz (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*).

### **Personal**

Ein in Deutschland und Finnland angesprochenes großes Problem ist die landesweit ungleiche Verteilung der Ärzte, vor allem die Diskrepanz zwischen Stadt und Land, was in vielen ländlichen Gebieten zu einer Mangelversorgung führt. Diese Ungleichverteilung betrifft Allgemeinmediziner und Psychiater gleichermaßen, wie auch den ambulanten (Niedergelassene in Deutschland und Ärzte in PHCCs in Finnland) und den stationären Sektor (ländliche Kliniken) (vgl. Kapitel 3.3.1.2 und 3.3.2.2 *Personal*). Aufgrund dieses Personalmangels sind Wartezeiten von mehreren Monaten bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten und in den psychiatrischen Ambulanzen Deutschlands und Finnlands die Regel. In beiden Ländern erwähnen die Experten zudem, dass beim Hausarzt bzw. im PHCC in unterversorgten Regionen die medikamentöse der psychotherapeutischen Behandlung auch in leichteren Fällen oftmals vorgezogen wird, da letztere sehr zeitintensiv ist und z.T. auch gar kein psychotherapeutisches Angebot besteht. Deutsche und finnische Experten weisen außerdem darauf hin, dass in einigen Regionen die Möglichkeit einer ambulanten psychiatrischen Versorgung gar nicht mehr gegeben ist und Patienten daher z.T. vermehrt und verfrüht stationär eingewiesen werden. Mitursächlich für diese Entwicklung, ist nach Meinung vieler Experten auch die in beiden Ländern bemängelte ungenügende psychiatrische Ausbildung der Allgemeinmediziner, welche häufig erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen sind (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Ambulante Versorgung*, Interviews D1, D5, D18). In Deutschland wird das Problem der ambulanten Mangelversorgung in vielen Regionen noch dadurch verstärkt, dass Nervenärzte und Psychiater ein gemeinsames Kontingent von der KV

zugeteilter Sitze haben, weshalb eine psychiatrische Versorgung oftmals auf dem Papier besteht, in der Praxis jedoch nicht gegeben ist (vgl. Kapitel 3.1.1.4).

Für mögliche Lösungsansätze könnte sich Deutschland teilweise am finnischen System orientieren. Gerade die verstärkte Einbindung von Pflegepersonal und auch anderem nicht-ärztlichen Personal kann bei der Betreuung psychisch kranker Menschen helfen, den Mangel an Psychiatern auszugleichen. Psychotherapeutische (Grund-) Ausbildung für Psychiatriefachkrankenschwestern und -pfleger, sowie eine Ausweitung der ambulanten psychiatrischen Pflege und Rehabilitation (chronisch) psychisch Kranker, können die ärztliche Arbeit entlasten. Beispielhaft genannt sei hier noch einmal die von den finnischen Experten hervorgehobene Arbeit der *depression nurses*, welche die Patienten oftmals über einen langen Zeitraum ambulant und auch zu Hause besuchend behandeln. Vereinzelt wird die verstärkte Einbindung des Pflegepersonals in einigen Regionen Deutschlands bereits praktiziert, ist jedoch eher die Ausnahme (D4, D7, D17).

## **Finanzierung**

Deutsche und finnische Experten sind sich einig, dass die Psychiatrie einer Phase der Ökonomisierung unterliegt, was ihnen missfällt. Entscheidungen werden allzu oft am Geld festgemacht und dies ist nicht förderlich für die Versorgung psychisch kranker Menschen (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung*; 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen* und *Finanzierung*). Jedoch haben Deutschland wie auch Finnland mit stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu kämpfen (Teperi, 2009; Bundesministerium für Gesundheit 2012a). Somit ist klar, dass finanzielle Ressourcen z.T. begrenzt sind und Kosteneinsparungen auch die Psychiatrie betreffen.

Bei den finnischen Experten herrscht Uneinigkeit darüber, ob die finanzielle Ausstattung der Psychiatrie ausreichend ist. Es überwiegt jedoch die Meinung, dass das Geld an vielen Ecken fehlt. Es wird zu viel gespart und gekürzt und aufgrund fehlenden Geldes scheitern viele Projekte (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Finanzierung*). Oft verstehen Gemeinden die psychiatrische Versorgung nicht als ihre prioritäre Aufgabe und investieren daher nicht genügend Geld. Moisio et al. (2010) zeigen, dass die Kommunen im Schnitt fast die Hälfte ihrer finanziellen Mittel dem Gesundheits- und Wohlfahrtssektor zugutekommen



lassen. Experte F8 berichtet gar von 60 % in seiner Landschaft und hielt dies immer noch für zu wenig. Gerade in Finnland hängt die finanzielle Ausstattung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen häufig von der Wirtschaftskraft der Gemeinde ab und es ergeben sich somit z.T. recht große Unterschiede zwischen den Gemeinden (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Dezentralisierung und ihre Auswirkungen*).

Die deutschen Experten sehen die finanzielle Ausstattung psychiatrischer Versorgung überwiegend als gut an (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung*). „*Ob es ausreicht? Jein. Irgendwie reicht es natürlich nie aus*“, sagt allerdings Interviewpartnerin D4 und spricht damit auch für andere Akteure (D4, D9, D11, D14). Kritisiert werden vor allem einzelne Bereiche, wie die Vergütung der Soziotherapie und die als zu niedrig erachteten Budgetsätze der niedergelassenen Psychiater, denn: „*Damit können Sie gar nichts machen*“ (D9). Die Soziotherapie, welche Patienten bei der selbstständigen Inanspruchnahme von Leistungen unterstützen soll, wird als völlig fehl- bzw. unterfinanziert bezeichnet und wird daher kaum in Anspruch genommen (D9, D10, D15, D17, D18).

Der Hauptkritikpunkt der deutschen Experten bezüglich der Finanzierung und der psychiatrischen Versorgung in Deutschland überhaupt ist die getrennte Finanzierung der verschiedenen Sektoren. Diese Kritik findet sich auch in der Literatur (Deister et al., 2004; Busse und Riesberg, 2005; Bröcheler et al., 2009). Das getrennte Finanzierungssystem führt zur Trennung des ambulanten und stationären Sektors, sowie häufig zur Aufteilung von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und zu Problemen bei der Finanzierung medizinischer und sozialer Hilfen (vgl. Kapitel 3.1.1.8, 3.3.1.2 *Finanzierung*). Daraus resultiert ein Konkurrenzdenken zwischen den Sektoren, welches zu „Sollbruchstellen“ führt und Patienten schnell in eine Versorgungslücke fallen lässt (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung*). D9 nannte das deutsche System „*falsch finanziert*“, da wegen der verschiedenen Financiers (GKV, GRV, GPV, Sozialhilfe) oftmals nicht klar ist, wer für welche Leistung aufkommt. Laut D12 hat das getrennte Finanzierungssystem auch den Prozess der Deinstitutionalisierung in Deutschland sehr verlangsamt, da es bei Finanzierungsfragen „*wie beim Kindergeburtstag*“ zugeht und immer noch zugeht und die Kostenträger sich bei der Einführung neuer Leistungen oft nicht einigen konnten bzw. können (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Finanzierung*).

Zwar gibt es auch Stimmen die positive Seiten in der getrennten Finanzierung sehen – wie das aus der Trägervielfalt resultierende breite Angebotsspektrum (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Folgen der finanziellen Zersplitterung*). Dennoch sind die meisten Experten der Meinung, dass eine einheitliche Finanzierung effektiver, kostengünstiger und patientenfreundlicher wäre. Mögliche Alternativen, wie das Regionale Psychriatriebudget oder die Integrierten Versorgungsverträge, wurden bereits in dem Abschnitt *Aufbau und Organisation* besprochen.

### **Patienten**

Ein Ziel der Psychiatrie-Enquête in Deutschland war es, die Integration psychisch Kranker zu verbessern und sie somatisch erkrankten Patienten gleichzustellen. Ob die Integration gelungen ist, darüber herrscht Uneinigkeit bei den deutschen Experten. Alle stimmen dennoch darin überein, dass, mit der Enthospitalisierung und der Etablierung der Gemeindepsychiatrie, ein wichtiger Schritt in diese Richtung gelungen ist. Das System ist soweit „*entstigmatisiert*“, meint D9. Man versucht, die Betroffenen mehr in die Mitte der Gemeinschaft zu holen. Maßnahmen wie die Schaffung von Abteilungspsychiatrien und gemeindepsychiatrischer Angebote, haben zur Entstigmatisierung beigetragen (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Patienten*). Gefragt nach der Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, reichen die Aussagen der deutschen Experten von „*eher Toleranz*“ (D9) bis „*sehr hohe Vorbehalte*“ (D1). Auch in Finnland sind sich die Experten überwiegend einig, dass sich sehr viel an der Lebenssituation psychiatrischer Patienten gebessert hat. Sie zählen, wie die deutschen Experten, die Abschaffung der Langzeitbereiche und die Einrichtung ambulanter Therapiemöglichkeiten zu den Errungenschaften, die es Patienten ermöglichen, ein in der Gesellschaft integriertes Leben zu führen. Die finnischen Experten sind der Meinung, dass die Stigmatisierung in der Bevölkerung abgenommen habe, vorrangig jedoch bei affektiven Störungen. Gewisse Vorbehalte gegenüber psychischen Erkrankungen seien dem Menschen eigen, wie der finnische Experte F6 sagt:

*„Of course this prejudice is in everybody’s mind. It is an old instinct in human mind to be a little suspicious to people who have mental disorders“.* (F6)

Die Kritiken der finnischen Experten hinsichtlich der heutigen Situation der psychiatrischen Patienten sind vielseitig. Insgesamt laufen sie jedoch darauf hinaus dass das finnische Psychiatriesystem nicht sehr patientenorientiert und zudem intransparent ist. So fehlen bspw. flächendeckende Evaluationen der Krankenhäuser durch ehemalige Nutzer. Auch Betroffenen- und Angehörigenverbände haben keinen großen Einfluss in Finnland. Zudem hapert es noch an der Zusammenarbeit von Nutzern und Serviceanbietern (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Patienten*). Diese Äußerungen werden jedoch vornehmlich von einem Patientenvertreter und zwei diesem Thema gegenüber sehr offenen Ärzten getroffen. Diese Experten sprechen zudem sehr eindringlich über das Thema Menschenrechte in den psychiatrischen Pflegeheimen. Sie sind der Meinung, dass Patienten in diesen Einrichtungen mit deutlichen Einschränkungen ihrer Rechte leben müssten:

*„Violating them [the patients’ human rights; Anm. d. A.] is just everyday practice“.*  
(F13)

Eine ähnliche Diskussion gibt es von Seiten der deutschen Experten nicht. Sie betonen, dass mit den in den PsychKGs festgeschriebenen Besuchskommissionen in den Krankenhäusern eine *„deutliche Demokratisierung Einzug gehalten“* (D17) habe. Auch von der Patientenseite nahestehenden Experten gibt es keine wirklich negativen Äußerungen bezüglich der derzeitigen Situation und der Rechte psychisch Kranker. Es stehen sich jedoch zwei gegensätzliche Ansichten gegenüber. So sieht D17 eine Entwicklung hin zu *„ambulante[r] Ghettoisierung“*. Es gebe zu viele Veranstaltungen, Angebote oder Einrichtungen speziell für psychisch Kranke. Dadurch entsteht eher eine Separation, als eine Integration. D14 hingegen ist der Meinung, dass oftmals zu wenig Augenmerk und Rücksicht auf die besondere Situation Betroffener gelegt wird (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Patienten*):

*„Die [psychisch Kranken, Anm. d. A.] sind immer nur ein kleiner Teilbereich von irgendetwas, aber sie sind immer mitbetroffen und nicht gemeint.“* (D14)

Und auch das von den finnischen Experten so heftig diskutierte Thema der Zwangseinsparungen, wird von den deutschen Experten nur auch Nachfrage angesprochen und als kein größeres Problem erachtet. Dies lässt sich durch die deutlich niedrigeren

Zwangseinweisungsraten von 4-16 % in Deutschland gegenüber 30-40 % in Finnland erklären

#### **4.3.3 Perspektiven: Mögliche, notwendige und zukünftige Veränderungen**

Die Hauptforderungen deutscher und finnischer Experten nach Veränderung betreffen natürlich die größten Kritikpunkte. In Deutschland ist dies der dringliche Wunsch nach Verbesserungen im Bereich der Finanzierung, deren Trennung von vielen so vehement kritisiert wird. In Finnland beziehen sich die Forderungen vor allem auf Veränderungen des dezentralistischen Systems, welches zu Unübersichtlichkeit und Ungleichheit in der Versorgung innerhalb Finnlands führt. Den Forderungen ist somit gemein, dass sie aus den Grundproblemen der Gesundheitssysteme beider Länder resultieren. Aus diesen Problemen ergeben sich Nachteile für die psychiatrischen Patienten. Von den angestrebten, z.T. auch schon mit der Umsetzung begonnenen Änderungen, erwarten die Experten Deutschlands und Finnlands eine Verbesserung der Versorgungssituation psychisch kranker Menschen (vgl. Kapitel 3.3.1.2 und 3.3.2.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*; 4.3.2 *Schwächen*).

Sehr viele der deutschen und finnischen Experten stimmen darin überein, dass mit dem weiteren Ausbau kompetenter und umfassender ambulanter Strukturen viele stationäre Aufenthalte psychisch kranker Menschen verhindert und Krankenhausstrukturen auch weiter abgebaut werden könnten. Doch gerade unter den deutschen Experten gibt es auch einige gegenteilige Meinungen (vgl. Abschnitt unten). Zudem existieren – in Deutschland und in Finnland – (noch) nicht genügend ausreichende ambulante Angebote, welche es bspw. auch Menschen in Krisensituationen ermöglichen, außerhalb des Krankenhauses Hilfe zu finden (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Stationäre Versorgung*; 3.3.1.2 und 3.3.2.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*). Einig sind sich die Experten beider Länder, dass ein weiterer stationärer Abbau wünschenswert sei. Sie sprechen jedoch auch von den Grenzen der Enthospitalisierung und betonen, dass ein gewisses Angebot stationärer Versorgung immer notwendig sein wird.

Nicht nur sind die finnischen Experten der Meinung, dass bei Beibehaltung eines gewissen stationären Versorgungslevels weiterer Bettenabbau möglich sei. Auch hat es sich

der finnische Staat zur Aufgabe gemacht, niedrighschwellige psychiatrische Angebote in der Grundversorgung zu verbessern und den Bedarf an stationären Betten zu vermindern (Ministry of Social Affairs and Health, 2010c).

In Deutschland hingegen gilt zwar die Maxime ‚ambulant vor stationär‘ (Fischer, 2001), jedoch gibt es keinen konkreten Plan auf nationaler Ebene, um dies weiter umzusetzen. Auch gehen die Meinungen deutscher Experten bezüglich des Abbaus stationärer Strukturen z.T. weit auseinander. Zwei Experten argumentieren, dass man sofort mehr Betten abbauen könnte und lediglich die Finanzierung durch die Krankenkassen dabei hinderlich ist. Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, sowie die bestehenden finanziellen Anreize für die Krankenhäuser, stationär-psychiatrische Betten voll zu belegen (3.3.1.2 *Stationäre Versorgung*), behindern derzeit einen weiteren Bettenabbau. Doch es gibt auch einige Gegenstimmen, die meinen, dass eine weitere Reduzierung von Krankenhausstrukturen nicht möglich ist und die gar von Überbelegung und z.T. Wiederaufstockung (teil-) stationärer Betten berichten (vgl. Kapitel 3.3.1.2 *Stationäre Versorgung*). Ob diese Aufstockung Folge von unzureichender ambulanter Versorgung ist, oder eine Untergrenze an stationären Bettenzahlen in einigen Regionen tatsächlich erreicht ist, ist nicht eindeutig. Vermutlich spielt beides eine Rolle, da Deutschland mit aktuell 0,5 psychiatrischen Betten pro 1.000 Einwohner bereits einen im Vergleich eher niedrigen Wert aufweist und die Experten aber auch von Mängeln ambulanter und komplementärer Hilfen sprechen (vgl. Kapitel 3.1.1.2; 3.3.1.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*).

Da der Messwert stationärer psychiatrischer Betten in Finnland mit 0,8/1.000 Einwohner noch deutlich über dem für Deutschland (0,5/1.000 Einwohner) und dem anderer Länder liegt, überrascht die einhellig zustimmende Meinung von Finnlands Experten zu weiterem Bettenabbau nicht. Zwar stimmen die finnischen mit den deutschen Interviewpartnern überein, dass es einen gewissen Grundbedarf an stationärer Versorgung immer geben wird. Aber Berichte über Kapazitätsprobleme im Krankenhaus und der Forderung nach Wiederaufstockung stationärer Betten, gibt es von finnischen Experten nicht. Im Gegensatz zu Deutschland hat Finnland den Vorteil, dass stationäre und ambulante Dienste nicht gesondert finanziert werden. In Deutschland würde weiterer Bettenabbau beim derzeitigen Finanzierungsmodell mit Verlusten für die Krankenhäuser einhergehen.

Die bereits beschriebene Integrierte Versorgung dagegen könnte auch helfen, stationäres Volumen zu reduzieren (Klinikum Itzehoe, 2013).

Den finnischen Interviewpartnern ist die Einschränkung des Ausbaus psychiatrischer Pflegeheime sehr wichtig (vgl. Kapitel 3.3.2.1 *Kritik*). Um dies zu verwirklichen, ist es notwendig, sich verstärkt auf die Akutbehandlung psychischer Erkrankungen zu konzentrieren. Mehrere finnische Experten meinen jedoch, dass also stationäre Nachbehandlungen und rehabilitative Hilfen für chronisch psychisch Kranke derzeit zu viel Gewichtung bei der Behandlung erhalten (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Zukünftige und Notwendige Veränderungen*). Eine Möglichkeit in Krisensituationen rechtzeitig einzugreifen, ist das *home treatment* bzw. der Einsatz von *crisis teams*, von dem einige Experten erfolgreich berichten (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Ambulante Versorgung und Personal*). Dennoch wünschen sich viele finnische Experten eine deutliche Ausweitung akuter Hilfen, da diese noch nicht ausreichend sind. Interessant ist, dass drei deutsche Interviewpartner (D10, D11, D18) das *home treatment* als große Errungenschaft Finnlands und die gute Krisenbehandlung im Umfeld des Patienten in Finnland preisen. Dem gegenüber steht jedoch die beschriebene Äußerung einiger finnischer Interviewpartner, die solche Einrichtungen als nicht ausreichend beschreiben. Lediglich F8 berichtet ausführlicher darüber, da die *crisis teams* in seiner Landschaft Kainuu einen entscheidenden Beitrag zur psychiatrischen Versorgung leisten. Im Rest des Landes werden *home treatment* und ähnliche Dienste oftmals nur in großen Städten angeboten (F1). Auch in Deutschland gibt es vergleichbare Projekte, welche von den Experten als sehr effektiv betrachtet werden. Dennoch sind dies auch hierzulande noch viel zu wenige (D5, D10, D11, D12, D13, D14, D18).

Wovon jedoch sehr viele der finnischen Experten berichten, sind regelmäßige, kurative wie rehabilitative aufsuchende Hilfen, meist durch Krankenschwestern (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Personal*). Solche Hausbesuche für chronisch psychisch Kranke gibt es in Deutschland hingegen nur sehr vereinzelt (D7, D12, D14). Einige Experten sehen daher ein Defizit in der häuslichen, lebensumfeldorientierten medizinischen und sozialen Versorgung.

*„Und insbesondere Patienten mit psychischen Erkrankungen sind nicht so mobil. Und die bleiben dann oft eben wirklich unterversorgt. Jemand anders macht sich dann auf den Weg und sagt sich: ‚Wenn ich in Stadt A keinen Handchirurgen finde, aber in Stadt B finde ich doch einen!‘ Das sagen psychisch Kranke selten.“*  
(D7)

Aufgrund der geographischen Unterschiede beider Länder muss jedoch bedacht werden, dass für Patienten in Deutschland trotz allem eher die Möglichkeit wohnortnaher Behandlung und Hilfen besteht, als in vielen Teilen (Nord- und Ost-) Finnlands. Dennoch zählt die Forderung nach mehr aufsuchenden Hilfen – bei akuten Krisen, sowie regelmäßige Hausbesuche bei chronisch psychisch Kranken – zu den Hauptforderungen deutscher Experten (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Mögliche und notwendige Veränderungen*). In Finnland beziehen sich diese Forderungen hingegen nur auf mehr Hilfe in Akutkrisen.

Durch verstärkte Hilfen und Behandlung in Krisensituationen kann auch der Anteil der unfreiwilligen Einweisungen gesenkt werden, denken die finnischen Experten. Auch die drei deutschen Experten, die in Berlin – wo es einen Krisendienst gibt – interviewt wurden, sind der Ansicht, dass dieser in ihrer Stadt funktionierende Krisendienst, bzw. der Sozialpsychiatrische Dienst, hilft, *„eine Klinikeinweisung abzufedern, freiwillig zu gestalten, entbehrlich zu machen“* (D14). Dennoch ist das Konzept vielen Menschen, Betroffenen wie Helfern, noch unbekannt.

Für Finnland ist die Reduzierung von Zwangseinweisungen und -maßnahmen sehr von Bedeutung, da die Interviewpartner ihre Zahl als viel zu hoch einschätzen. Der mehrfach von den Experten geäußerte Wunsch der Reduzierung stationärer Zwangsmaßnahmen (vgl. Kapitel 3.3.2.2 *Zwangseinweisungen*), wird auch vom finnischen Staat als Ziel klar verfolgt. (Ministry of Social Affairs and Health, 2010c).

## 5. Fazit

Diese Arbeit verfolgt die Zielstellung, die psychiatrischen Versorgungsstrukturen Deutschlands und Finnlands hinsichtlich ihrer Entwicklung, der aktuellen Situation und der Einschätzung durch Experten vergleichend zu untersuchen.

Um einen umfassenden Überblick zum Thema zu erhalten, wurde eine ausgiebige Literaturrecherche und Dokumentenanalyse zu den Themen

- Struktur und Aufbau der psychiatrischen Versorgungssysteme
- historische Entwicklung
- gesetzliche Rahmenbedingungen
- Finanzierung
- Personal und
- Situation der Patienten

durchgeführt. Zudem wurden leitfadengestützte Interviews mit Experten geführt. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Literaturrecherche wurde ein Interviewleitfaden erstellt, welcher in zwei Pretests hinsichtlich Validität und Durchführbarkeit getestet wurde. In Deutschland wurden 18, in Finnland 17 überwiegend leitend tätige Experten befragt. Die Aussagen der Experten ergänzen die Informationen aus der Literaturrecherche und helfen diese einzuordnen. Aufbereitet wurden die Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2009, 2010).

Einige grundsätzliche Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung Deutschlands und Finnlands – und damit auch viele der von den Experten angesprochenen positiven Aspekte und Nachteile – ergeben sich aus dem grundverschiedenen Aufbau der Gesundheitssysteme: dem auf dem föderalistischen System basierenden, beitragsfinanzierten deutschen und dem dezentralistischen, staatlich-steuerfinanzierten System Finnlands. So gibt es in Finnland, durch das dem Gesundheitsministerium unterstehende THL, landesweit einheitliche Empfehlungen, Pläne und Ziele zur Gestaltung psychiatrischer Versorgung. Jedoch können die Kommunen frei entscheiden, diese umzusetzen. In Deutschland dagegen existiert auf Bundesebene keine staatliche Institution, die sich für psychiatrische Versorgung und Entwicklung einsetzt. In Deutschland sind mehrere



Instanzen an der Sicherstellung, Organisation und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung beteiligt, u.a. die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Bundesländer, Städte und Kreise und die gesetzlichen Versicherungen. In Finnland hingegen hat der Staat all diese Aufgaben den Kommunen allein übertragen (vgl. Kapitel 3.1).

Unterschiede zwischen beiden Ländern gibt es u.a. auch bei der psychotherapeutischen Ausbildung. In Deutschland ist sie heute Teil der psychiatrischen Facharztausbildung, in Finnland hingegen nicht. Dafür können sich in Finnland viele andere Berufsgruppen, wie bspw. Pflegepersonal und Sozialarbeiter, auch psychotherapeutisch ausbilden lassen.

In Deutschland und Finnland hat sich die psychiatrische Versorgung im Laufe der letzten vier Jahrzehnte stark gewandelt – weg von den kustodialen Verwahranstalten und hin zu ambulanterer und gemeindenaher Versorgung. Jedoch verlief die Entwicklung in beiden Ländern unterschiedlich (vgl. Kapitel 3.2). Der Prozess der Deinstitutionalisierung begann in Deutschland mit der Psychiatrie-Enquête (*Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*) 1975 gut 10 Jahre früher als in Finnland. Nach den Vorschlägen der Enquête hatte man über mehrere Jahre hinweg alternative Versorgungsstrukturen erprobt und aufgebaut. Deutschland wies zu Beginn seiner Deinstitutionalisierungsphase Mitte der 1970er Jahre mit 1,8 psychiatrischen Betten pro 1.000 Einwohner bereits eine im europäischen Vergleich durchschnittliche Rate auf. In Finnland hingegen begann die Deinstitutionalisierung erst Mitte der 1980er Jahre. Zu diesem Zeitpunkt hatte Finnland mit ca. 4,4 Betten pro 1.000 Einwohner eine der damals europaweit höchsten Quoten psychiatrisch-stationärer Betten. In der Konsequenz verlief der Entlassungsprozess der Patienten in Finnland sehr abrupt und rapide. Innerhalb weniger Jahre wurden Patienten massenhaft aus den psychiatrischen Krankenhäusern entlassen. Einige Experten nennen die Entwicklung in Finnland den schnellsten Deinstitutionalisierungsprozess der Welt. 2010 zeigt Finnland eine Rate von 0,8 psychiatrischen Betten pro 1.000 Einwohner, Deutschland 0,5 psychiatrische Betten pro 1.000 Einwohner. Ein Nebeneffekt der schnellen Enthospitalisierung in Finnland war der Bau psychiatrischer Pflegeheime. Heute gibt es in Finnland mehr stationäre Betten in psychiatrischen Pflegeheimen als in Krankenhäusern (vgl. Kapitel 3.1).

Deutsche und finnische Experten sprechen überwiegend positiv über die Entwicklung der Psychiatrie in ihrem Land, sowie auch über die aktuelle Versorgungssituation psy-

chiatrischer Patienten. Dennoch äußern sie auch Kritik (vgl. Kapitel 3.3). Viele der positiven, wie auch der negativen von den Experten hervorgehobenen Aspekte psychiatrischer Versorgung beziehen sich auf landestypische Besonderheiten. Deutsche Interviewpartner heben die ambulante fachärztliche Behandlung beim Psychiater als Qualitätsmerkmal hervor. Finnische Experten würdigen insbesondere das eigenständige Fachgebiet der Jugendlichenpsychiatrie, sowie die gute psychotherapeutische Ausbildung des Pflegepersonals. Experten beider Länder betonen zudem die Errungenschaft des Sozialstaates: dass jeder, auch mittellos, eine Behandlung bekommt.

Die in Deutschland am häufigsten in Literatur und von Experten kritisierten Punkte sind die von (zu vielen) verschiedenen Trägern erbrachte Finanzierung der psychiatrischen Versorgung und die (u.a. daraus resultierende) Trennung des ambulanten und stationären Sektors, welche immer wieder zu Finanzierungs- und somit Versorgungsschwierigkeiten führen. Lösungsansätze, wie bspw. die Integrierten Versorgungsverträge, werden in einigen Regionen Deutschlands erfolgreich erprobt und können im ländlichen Raum zukünftig helfen, die Versorgung zu sichern.

In der Literatur und seitens fast aller finnischen Experten wird Kritik bezüglich des dezentralistischen Wesens der psychiatrischen Versorgung Finnlands laut. Vielen der oftmals sehr kleinen Gemeinden (der Median liegt bei 5.700 Einwohnern) gelingt die Sicherstellung und Ausführung der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung nicht in ausreichendem Maße. Die Hälfte aller finnischen Experten kritisiert zudem die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, (zu) hohen Zwangseinweisungs- und -behandlungsraten von 30 - 40 %, welche sich innerhalb Finnlands jedoch stark unterscheiden. Dies ist ein Aspekt, welcher von deutschen Experten nicht thematisiert wird. In Deutschland liegt die Rate an Zwangseinweisungen mit 4 - 16 % deutlich unter der Finnlands. Die finnischen Experten sehen auf diesem Gebiet großen Handlungsbedarf, um den Anteil an Zwangseinweisungen und -behandlungen zu senken.

Alle finnischen Experten sprechen sich für einen weiteren Bettenabbau aus, während hingegen die deutschen Experten bei diesem Thema geteilter Meinung sind, einige sogar bereits eine Untergrenze erreicht sehen. Angesichts der im direkten und auch im europäischen Vergleich immer noch höheren Rate psychiatrischer Betten in Finnland ist dies nachvollziehbar. Ein weiterer großer Kritikpunkt finnischer Experten ist die sehr ho-

he Zahl von psychisch kranken Menschen, die in Pflegeheimen leben. Die Rate psychiatrischer Betten in Pflegeheimen ist in Finnland fünfmal höher als vergleichbare Zahlen für Deutschland. Ein Interviewpartner urteilt daher, man könne in Finnland nicht von *deinstitutionalisation*, sondern lediglich von *dehospitalisation* sprechen.

Als gemeinsame Probleme Deutschlands und Finnlands bei der psychiatrischen Versorgung wurden identifiziert:

- Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung, aufgrund des bestehenden und fortschreitenden Psychiatermangels und der ungenügenden psychiatrischen Ausbildung von Haus- und Allgemeinärzten – eine Entwicklung, die sich in beiden Ländern zeigt
- Zunahme der Rehospitalisierungsraten (sog. Drehtüreffekt), welche die Experten u.a. durch immer noch unzureichende und nicht adäquate ambulante Angebote erklären.

Die Darstellung nordischer Gesundheitssysteme in der Öffentlichkeit und auch einige Aussagen deutscher Experten ließen in Finnland ein stark ambulantisierendes, sehr patientenorientiertes System erwarten. In einigen Bereichen, bspw. bei den aufsuchenden Diensten, bestätigte sich dies zum großen Teil. Jedoch zeigt sich, dass Finnland nach wie vor einen höheren stationären Versorgungsgrad hat als Deutschland. Das ist auch insofern bemerkenswert, als dass es in Finnland gesetzlich festgeschrieben ist, lediglich schwierige Patienten und aufwendige Therapien stationär zu behandeln bzw. durchzuführen.

Interessant ist, dass es in Finnland weder nach Literatur, noch nach Expertenaussagen derart gravierende Berichte über die Zustände der psychiatrischen Anstalten aus der Zeit vor der Deinstitutionalisierung gibt wie in Deutschland (vgl. Kapitel 4.3.1). Ob dies an unterschiedlichen Perspektiven der deutschen und finnischen Experten liegt, oder ob die Lebensbedingungen institutionalisierter Patienten in Finnland damals tatsächlich besser und menschenwürdiger waren als in Deutschland, kann Gegenstand weiterer Forschung werden.

Abschließend kann gesagt werden, dass Deutschland und Finnland einen Weg gefunden haben, den Deinstitutionalisierungsprozess in ihrem Land umzusetzen. In beiden

Ländern wird der Fokus auf die ambulante Versorgung gesetzt, kann jedoch (noch) nicht immer befriedigend umgesetzt werden, sodass die stationäre Versorgung nach wie vor eine große Rolle spielt und auch weiter spielen wird. Eine weitere Ambulantisierung wird dennoch möglich und notwendig sein, um die betroffenen Menschen so lebensumfeldnah wie möglich behandeln und begleiten zu können. Was Deutschland und Finnland eint, ist die Sorge um die psychiatrische Versorgung der ländlichen Regionen. Dort wird die Zukunft in kooperativen, sektorübergreifenden Modellen zu suchen sein, wie es in Deutschland u.a. Projekte in Schleswig-Holstein und Thüringen und in Finnland die Region Kainuu bereits vormachen (vgl. Kapitel 4.3.2).

Insgesamt zeichnet sich ein positives Bild der Entwicklung und aktuellen Situation der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und Finnland. Dennoch gibt es in beiden Ländern viele Punkte, bei denen Verbesserungsmöglichkeiten bestehen und bei denen sich der Blick in das jeweils andere Land lohnt, um Antworten auf bestimmte Problemstellungen zu finden. So zeigt die Kritik an der Alleinverantwortung der finnischen Kommunen für psychiatrische Versorgung, dass es sinnvoll ist – und wie in Finnland zunehmend gefördert – die Gemeinden zu größeren Verbänden zusammenzuschließen. Oder wie es eben in Deutschland der Fall ist: die verschiedenen Aufgaben an überörtliche und überregionale Institutionen und Träger zu verteilen. Bezüglich der in beiden Ländern beschriebenen Schwierigkeiten psychiatrischer Versorgung im ländlichen Raum zeigt Finnland, dass die psychotherapeutische Ausbildung von nicht-ärztlichem Personal gerade in ländlichen Gebieten hilft, den Psychiatermangel abzumildern. Auch für Deutschland könnte die psychotherapeutische Weiterbildung psychiatrischer Fachkrankenschwestern und -pfleger eine Option sein, um die Versorgung psychisch kranker Menschen auch außerhalb der Städte zu gewährleisten. Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass Deutschland und Finnland mit den Ideen und Umständen des jeweils anderen Landes Lösungsansätze für einige ihrer Probleme finden können.

## 6. Executive Summary

Als erste vergleichende Arbeit im Bereich Public Health werden mit dieser Doktorarbeit strukturelle Unterschiede und die Entwicklung der psychiatrischen Systeme zwischen den Industrieländern Deutschland und Finnland mit Methoden der qualitativen Sozialforschung explorativ erforscht. Weltweit ist eine Zunahme psychischer Erkrankungen zu verzeichnen, die – aufgrund der steigenden Zahl krankheitsbedingter Fehltag und Frühverrentungen – auch in ökonomischer Hinsicht von Bedeutung ist. In der vorliegenden Arbeit werden Struktur und Aufbau der psychiatrischen Versorgungssysteme, die Finanzierungsmodelle, gesetzliche Rahmenbedingungen, Personal und die Situation der Patienten in Deutschland und Finnland vergleichend untersucht. Weiterhin wird dargelegt, wie beide Länder mit ihren verschiedenen Ausgangs- und Rahmenbedingungen es im Zuge der Deinstitutionalisierung geschafft haben, ihr heutiges psychiatrisches Versorgungsnetz zu etablieren. Aufbauend auf einer ausführlichen Literaturrecherche und Dokumentenanalyse ist ein Interviewleitfaden entworfen worden, welcher für insgesamt 35 Experteninterviews in Deutschland und Finnland genutzt wurde. Die Interviews wurden mittels Transkription verschriftlicht, um die entstehenden Dokumente einer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel zu unterziehen.

Die drei zentralen Forschungsfragen dieser Arbeit leiten den Leser durch das vorliegende Dokument:

- Welche Strukturen und strukturellen Unterschiede gibt es bei der Versorgung psychisch kranker Patienten in Deutschland und Finnland?
- Wie haben sich diese Strukturen im Zuge der Deinstitutionalisierung verändert?
- Wie wird diese Entwicklung von Akteuren des Systems wahrgenommen und wo sehen diese die Stärken und Schwächen des Systems?

Diese Fragen werden auf Grundlage der Literaturrecherche und der Experteninterviews mit Hilfe qualitativer Sozialforschungsmethoden dargelegt, erläutert, verglichen und diskutiert. Als wichtigste Ergebnisse dieser Arbeit sind herauszustellen:

- Identifikation von signifikanten Unterschieden der Organisation und Finanzierung psychiatrischen Versorgung in Deutschland und Finnland

- Aufgezeigte Unterschiede resultieren zum großen Teil aus dem grundverschiedenen strukturellen Aufbau und der Finanzierung der Gesundheitssysteme.
- Systemunabhängige Differenzen zwischen beiden Ländern gibt es bspw. bei der (Erwachsenen-) psychotherapeutischen Ausbildung, welche in Deutschland nur von Ärzten und Psychologen absolviert werden kann, in Finnland hingegen auch von nicht-ärztlichem Berufen wie Pflegepersonal und Sozialarbeitern.
- Gemeinsam ist beiden Ländern der Mangel an Psychiatern im ländlichen Raum und damit verbundene Versorgungsprobleme.
- Der Prozess der Deinstitutionalisierung begann in Deutschland mit der Psychiatrie-Enquête 1975 gut 10 Jahre früher als in Finnland. In der Konsequenz begann und verlief der Entlassungsprozess der Patienten in Finnland sehr schnell. Einige Experten nennen die Entwicklung in Finnland den schnellsten Deinstitutionalisierungsprozess der Welt.
- Deutsche und finnische Experten äußern sich überwiegend positiv über die Entwicklung der Psychiatrie in ihrem jeweiligen Land, sowie auch über die aktuelle Versorgungssituation psychiatrischer Patienten.
- Größte Kritikpunkte seitens der Experten sind in Deutschland die Trennung von ambulanter und stationärer psychiatrischer Versorgung und Finanzierung. Die finnischen Interviewpartner kritisieren insbesondere das dezentralistische Wesen der Organisation psychiatrischer Versorgung und hohe Raten an unfreiwilliger Unterbringung und Zwangsbehandlung.

Ausgiebig werden die Kritikpunkte an den psychiatrischen Versorgungssystemen Deutschlands und Finnlands diskutiert und expertengestützt Optimierungsmöglichkeiten aufgezeigt. So kann die psychotherapeutische Ausbildung u.a. von Pflegepersonal in Finnland auch für Deutschland Vorbild sein, um bspw. Versorgungsprobleme abzumildern. Und eine (in Anfängen umgesetzte) Zentralisierung oder – nach deutschem Vorbild – Übertragung der Verantwortung auf überörtliche Träger und Institutionen kann die finnischen Kommunen bei der Organisation psychiatrischer Versorgung unterstützen.

## 7. Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b>	Betten je 100.000 Einwohner (erwachsene Durchschnittsbevölkerung ab 18 Jahre im Jahr 2004) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in der Krankenhausbehandlung nach Bundesländern.....	35
<b>Abb. 2:</b>	Zahl der Einwohner für die ein vollstationäres Bett oder ein teilstationärer Platz in Krankenhäusern oder Abteilungen zur Verfügung steht.....	38
<b>Abb. 3:</b>	Berufsgruppen, die bei psychischen Problemen konsultiert werden (ausgewählte EU Länder) .....	40
<b>Abb. 4:</b>	Zahl der Einwohner, für die ein Facharzt für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde zur Verfügung steht („Facharzt“) .....	46
<b>Abb. 5:</b>	Ambulante Behandlungen psychischer Erkrankungen in den <i>hospital districts</i> , aufgeteilt in <i>primary health care</i> und <i>special health care</i> (an Krankenhäusern erbrachte Leistungen) .....	54
<b>Abb. 6:</b>	Anzahl der Psychiater pro 100.000 Einwohner im Jahr 2009 (links) und Veränderungen zwischen 2000 und 2009 (rechts) .....	58
<b>Abb. 7:</b>	Jährliche Nutzung psychiatrischer Betten pro 1.000 Einwohner in Finnland .....	73
<b>Abb. 8:</b>	Psychiatriebezogener Aufbau des deutschen Gesundheitssystems.....	131
<b>Abb. 9:</b>	Psychiatriebezogener Aufbau des finnischen Gesundheitssystems .....	131
<b>Abb. 10:</b>	Finanzierung psychiatrischer Versorgung in Deutschland .....	134
<b>Abb. 11:</b>	Finanzierung psychiatrischer Versorgung in Finnland.....	134
<b>Abb. 12:</b>	Versorgungssäulen in der deutschen Psychiatrie .....	137
<b>Abb. 13:</b>	Versorgungsebenen in der finnischen Psychiatrie .....	137
<b>Abb. 14:</b>	Gegenüberstellung der Entwicklung psychiatrischer Versorgung in Deutschland und Finnland seit den 1950er Jahren.....	142

## 8. Anhang

### Interviewpartner Deutschland

Kürzel	Funktion/ Tätigkeit des Interviewpartners
D1	Psychologe an einer Uniklinik in Sachsen
D2	Niedergelassene psychologische Psychotherapeutin in Sachsen
D3	Niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut in Sachsen
D4	Niedergelassene Psychiaterin und Psychotherapeutin in Sachsen
D5	Chefarzt einer Psychiatrie eines Allgemeinkrankenhauses im Rheinland
D6	Psychiatriekoordinator in Sachsen
D7	Professor und Chefarzt an einer Psychiatrie eines Allgemeinkrankenhauses in Sachsen
D8	Professor und Chefarzt an einer psychiatrischen Klinik im Rheinland
D9	Psychiatriekoordinator im Rheinland
D10	Rechtliche Betreuerin für psychisch Kranke im Rheinland
D11	Psychiatriereferent einer Dachorganisation
D12	Ehemaliger Berater der Psychiatrie-Enquête



D13	Psychiatriereferent einer Dachorganisation
D14	Psychiatriekoordinator in Berlin
D15	Psychiatriekoordinatorin in Berlin
D16	Psychiatriereferentin einer Dachorganisation
D17	Chefarzt einer Psychiatrie eines Allgemeinkrankenhauses in Sachsen
D18	Professor und Klinikdirektor einer Psychiatrie in Berlin

**Interviewpartner Finnland**

Kürzel	Tätigkeit/ Funktion des Interviewpartners
--------	---

F1	Professor für Psychiatrie in Nordfinnland
F2	Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nordfinnland
F3	Psychiatriekrankenschwester in Nordfinnland
F4	Psychiater an einem Allgemeinkrankenhaus in Nordfinnland
F5	Gerontopsychiaterin an einem Allgemeinkrankenhaus in Nordfinnland
F6	Professor für Psychiatrie in Südfinnland, Leiter einer Abteilung am THL
F7	Professorin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ostfinnland
F8	Psychiater, Leiter eines Gesundheitsamtes in Nordostfinnland
F9	Professor für Psychiatrie em., Berater bei einer Dachinstitution
F10	Professor für Psychiatrie in Südfinnland, Leiter einer Abteilung am THL
F11	Psychiater, Leiter einer Abteilung am THL
F12	Psychiatriekrankenschwester in Südfinnland

F13	Geschäftsführer einer Dachorganisation
F14	Kinder- und Jugendpsychiater in Westfinnland
F15	Professor für Psychiatrie in Südfinnland
F16	Professor für Psychiatrie in Südfinnland

## Interviewleitfaden Deutsch (Deutschland)

1. Bitte stellen Sie sich vor und beschreiben Sie kurz Ihr Aufgabenfeld.
2. Wie lange arbeiten Sie in diesem Bereich?
3. Bitte beschreiben Sie kurz den Prozess der Psychiatriereform und Deinstitutionalisierung in Deutschland:
  - Was gab den Ausschlag?
  - Welche Ziele wurden verfolgt?
  - Wie wurden diese Neuerungen in ihrem Arbeitsgebiet umgesetzt?
  - Wie haben Sie den Prozess persönlich erlebt?
  - Wie verläuft/verlief die Prozess im Vergleich zu anderen Ländern?
  - Ist der Prozess abgeschlossen?
4. Wurden die Ziele erreicht?
  - Bitte beschreiben Sie die Veränderungen der letzten 30 - 40 Jahre
  - Ambulante Versorgung in Deutschland bereits ausreichend ausgebaut?
  - Gemeindenahe Versorgung gewährleistet?
  - Braucht Deutschland noch stationäre Versorgung?
5. Subsidiaritätsprinzip → jedes Bundesland organisiert seine Versorgung selbst:
  - Wie viel Verantwortung/Freiheit bedeutet das für die Länder?
  - Welche gesetzlichen Vorgaben gibt es?
  - Vor- und Nachteile?
6. Aufbau ambulanter Versorgung:
  - Welche Strukturen sind eingebunden?
  - Welche Therapien werden dort angeboten?
  - Ambulante Versorgung ausreichend?
  - Wie gut ist psychiatrische Ausbildung der Hausärzte und Fachärzte?
7. Welche Bedeutung haben Tageskliniken?

## 8. Stationäre Versorgung:

- Wie umfangreich war der Bettenabbau?
- Wie unterscheidet sich die stationäre Versorgung heute von Zeiten vor der Deinstitutionalisierung?
- Dauer/Länge des durchschnittlichen KH Aufenthalts?
- Welche Vor- und Nachteile bieten ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung im Vergleich?

## 9. Betreute Wohnformen:

- Wurden die Menschen nur hin und hergeschoben?
- Welche Versorgung ist dort möglich?
- Hausbesuche?

## 10. Welche Fachkräfte/Berufsgruppen sind in die Versorgung psychisch kranker Patienten direkt mit eingebunden?

## 11. Wie funktioniert Ihrer Erfahrung nach die Zusammenarbeit der an der Behandlung/Versorgung der Patienten beteiligten Institutionen (KH, ambulante Nachversorgung, Tageskliniken)?

- Wird ein einheitlicher Therapieplan für die Nachbehandlung erstellt?

## 12. Unterversorgung in ländlichen Gebieten

- Wie schätzen Sie die personelle regionale Unterversorgung von Psychotherapeuten, Psychiatern und Psychologen ein?
- Gesetzlich verankert: wohnortnahe Versorgung: personellen Unterversorgung in ländlichen Gebieten → gewährleistet?
- Welche Auswirkungen hat dies für die Patienten?
- Politische Maßnahmen
- Wird dieser Mangel an ärztlichem Personal ausgeglichen? (gibt es z.B. fahrende Pflegedienste?)

## 13. Psychiater- und Psychotherapieausbildung:

- Welche Anforderungen gibt es?
- Kostenübernahme der Psychotherapieausbildung?
- Nachwuchs?

14. Wie bewerten Sie die Finanzierung des Systems?

- Wer übernimmt welche Kosten?
- Trennung der Kostenträger
- Finanzvolumen in Psychiatrie ausreichend?

15. Situation der Patienten:

- Wie viel Mitspracherecht hat der Patient bei Entscheidungen?
- Welche Erfolge gibt es bei der Behandlung/ Reintegration der Patienten?
- Berufliche und soziale Integration?
- Wie ist heutzutage die Stigmatisierung?
- Wie hat sich dies in den letzten 30 Jahren verändert?

16. Zwangseinweisung

- Anwendung des PsychKG?

17. Findet eine soziale Segregation statt bei der Behandlung statt (ambulant/ stationär?)

18. Welche Probleme sehen Sie bei der psychiatrischen Versorgung in Deutschland?

19. Haben Sie internationale Erfahrung auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung sammeln können? Wenn ja, Wie bewerten Sie das System Ihres Deutschlands im internationalen Vergleich?

20. Was muss noch erreicht werden? Welche Verbesserungsvorschläge und/oder Wünsche bezüglich der psychiatrischen Versorgung in Deutschland haben Sie?

21. Haben sie Ergänzungen?

## Interviewleitfaden Englisch (Finnland)

1. Please introduce yourself and your field of work.
2. How long have you been working in psychiatry?
3. Could you say a few words about the deinstitutionalization process in Finland:
  - ➔ What was the impulse?
  - ➔ Which were the targets?
  - ➔ How did it affect your field of work?
  - ➔ How have you experienced these changes?
  - ➔ How would you describe the deinstitutionalization in Finland in comparison to other countries?
4. Have the targets and demands been implemented?
  - ➔ Please describe the changes of the past 30 - 40 years
  - ➔ Is there sufficient outpatient care today?
  - ➔ Can patients be treated and taken care of?
  - ➔ Does Finland still need inpatient care?
5. Which effects does the decentralization of the health care system in Finland have on mental health care?
  - ➔ Responsibility/freedom of mental health care in municipalities?
  - ➔ Are there legal regulations about the organization of mental health care?
  - ➔ Do patients have a legal claim for treatment in the neighborhood area?
  - ➔ Advantages and disadvantages?
  - ➔ Social stigma of the patients?
6. Mental health in Primary Health Care/ Outpatient Care:
  - ➔ How do CMHCs work?
  - ➔ What kind of treatment in PHC/ psychiatric outpatient departments?
  - ➔ How much psychiatric education do GPs get?
  - ➔ How important is psychotherapy in the private health sector?

7. How do day clinics/policlinics work?

8. Inpatient Care:

- Psychiatric hospitals closed down?
- What happened with seriously ill patients after compulsory discharge?
- Differences in inpatient treatment nowadays and 20/30 years ago
- Duration of stay nowadays?
- Which (dis-) advantages do you see in and outpatient/inpatient care?

9. Psychiatric care homes:

- Have patients only been moved from one place to another?
- How do people live in these homes?

10. Which professions are working with psychiatric patients?

11. How do the different levels of psychiatric care cooperate?

12. In Finland there are huge differences in the distribution of psychiatrists and psychotherapists in urban and rural areas:

- How do you assess the situation?
- Can patients be treated/taken care of at/close to their homes?
- Which consequences does it have for patients?
- What do policy/municipalities do to help out?

13. About the education of psychiatrists and psychotherapists:

- Who can become a psychotherapist?
- Which requirements are there?
- Who is paying the costs for the education?
- Enough candidates? (How is the reputation of psychiatrists among doctors?)



## 14. Financial situation

- What is paid by taxation?
- What does insurance cover?
- How important is private sector?
- How much of the health care money is spent on mental health?
- Only the municipalities decide about the money?
- Is enough money spent on psychiatry?

## 15. Today's patients' situation:

- Are patients involved in decisions?
- How successful is the social and professional reintegration?
- Social stigma of the patients?
- How has that changed over the last 30 years?

## 16. Coercion?

- How often applied?
- In which cases?

## 17. Do you have the impression that there is a social selection of people going for in/outpatient treatment?

## 18. Where do you see problems of Finland's mental health care system?

## 19. Do you have international experience? → How would you rank the Finnish system?

## 20. What would you like to change in the psychiatric care system?

## 21. Would you like to add anything?

## 9. Literaturverzeichnis

Achté K. The Psychiatric Clinic of the Helsinki University Hospital. *Psychiatr Fennica* 1972; 11-16

Aktion Psychisch Kranke. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, 2001

Atteslander P. Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Aufl., Berlin: E. Schmidt Verlag, 2008

Auswärtiges Amt, 2011: Länderinformationen - Finnland. <http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Laender/Finnland.html> (Zugriffsdatum: 26.10.2011)

Bachrach LL. Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1976

Bachrach LL. Deinstitutionalisation: promises, problems and prospects. In: Knudsen HC, Thornicroft G, Hrsg. *Mental Health Service Evaluation* Cambridge, England: Cambridge University Press, 1996: 3-18

BÄK, 2010: Ärztinnen und Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2010. <http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pdf> (Zugriffsdatum: 26.06.2012)

Barmer GEK. Barmer GEK Report Krankenhaus 2011 - Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. Schwäbisch-Gmünd: Barmer GEK, 2011

Bassuk EL, Buckner JC, Perloff JN, Bassuk SS. Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1561-1564

Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T. Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 104: 27-34

Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2008

Berger M. Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. *Nervenarzt* 2004; 2: 195

Bergmann F, 2008: Psychiatrische Versorgungsstrukturen - Gegenwart und Zukunft (Vortrag). <http://www.lwl.org/psychiatrieverbund-download/pdf/Kooperation-Konkurrenz-II.pdf> (Zugriffsdatum: 20.06.2012)

Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhn K, Lavikainen J, Lehtinen V, Ozamiz A, Van den Heede P, Zenzinger K. Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe: Final report 2001-2003. Dortmund: Wirtschaftsverl. NW, 2004

Berliner Morgenpost, 2011. Mit Depression still und heimlich in die Frühverrentung. [http://www.morgenpost.de/newsticker/dpa\\_nt/infoline\\_nt/brennpunkte\\_nt/article1796120/Mit-Depression-still-und-heimlich-in-die-Fruehverrentung.html](http://www.morgenpost.de/newsticker/dpa_nt/infoline_nt/brennpunkte_nt/article1796120/Mit-Depression-still-und-heimlich-in-die-Fruehverrentung.html) (Zugriffsdatum: 25.06.2012)

Bogner A, Littig B, Menz W. Das Experteninterview: Theorie. Methode, Anwendung. Opladen: VS Verlag, 2002

Bogner A. Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: VS Verlag, 2005

Bogner A. Experteninterviews: Theorie, Methoden, Anwendungsfelder. Opladen: VS Verlag, 2009

BPB, 2012. Dossier Gesundheitspolitik - Ambulante ärztliche Versorgung. Teil 1: Strukturen und Versorgungsformen. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/ambulante-aerztliche-versorgung-1> (Zugriffsdatum: 26.06.2012)

Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, Nestadt G, Romanowski AJ, Ross A, Royall RM, Stine OC. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. JAMA - J Am Med Assoc 1989; 262: 1352-1357

Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F. Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259: 227-232

Buhring P. Psychiatrie-Reform - Auf halbem Weg stecken geblieben. Dtsch Arztebl - Ausgabe A 2001; 98: 301-306

Bundesministerium für Gesundheit, 2011. Staatliche Ordnung - Staat. <http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/staatliche-ordnung/staat.html> (Zugriffsdatum: 25.05.2012)

Bundesministerium für Gesundheit, 2011. Staatliche Ordnung - Bundesländer. <http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/staatliche-ordnung/bundeslaender.html> (Zugriffsdatum: 25.05.2012)

Bundesministerium für Gesundheit, 2012. Integrierte Versorgung. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html> (Zugriffsdatum: 22.11.2012)

Bundesministerium für Gesundheit, 2012. Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/einnahmen-und-ausgabenentwicklung.html> (Zugriffsdatum: 05.01.2013)

Bundesregierung. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2008

Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel - Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005

Das BOOT, 2012. Das BOOT gGmbH – Sozialpsychiatrisches Zentrum. [http://www.das-boot-ggmbh.de/index\\_werwaswo.html](http://www.das-boot-ggmbh.de/index_werwaswo.html) (Zugriffsdatum: 05.06.2012)

Deeke A. Experteninterviews – ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen, Nürnberg: Inst. für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 1995: 7-22

Deister A, Zeichner D, Roick C. Ein Regionales Budget für die Psychiatrie - Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Psychoneuro 2004; 30: 285-288

Department of Psychiatry - University of Helsinki, 2010. Psychiatric research and education. [http://www.kll.helsinki.fi/asp\\_source/osastot/psykia/psyenglish.htm](http://www.kll.helsinki.fi/asp_source/osastot/psykia/psyenglish.htm) (Zugriffsdatum: 24.10.2010)

Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung Drucksache 7/4200. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 1975

DGPM e.V., 2012. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. - Wir über uns. [https://www.dgpm.de/wir\\_ueber\\_uns.html](https://www.dgpm.de/wir_ueber_uns.html) (Zugriffsdatum: 15.06.2012)

DGPPN, 2013. Der Beruf Psychiater. <http://www.dgppn.de/karriere/berufsbild.html#c2098> (Zugriffsdatum: 11.02.2013)

Eikermann B. Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. Nervenarzt 2010; 81: 355-363

Europäische Union. Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern–Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union “. Brüssel; Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, 2005

Eurostat, 2013. Bevölkerungsdichte. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/setupModifyTableLayout.do> (Zugriffsdatum: 26.07.2013)

Eurostat, 2012. Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00047&plugin=1> (Zugriffsdatum: 29.05.2012)

Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry* 2007; 6: 313-316

Fischer A, 2001. Zukunftsperspektiven der Psychiatrie-Reform - Dokumentiert ist der zweite Teil der Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer vom 21.11.2000 anlässlich des Festaktes und Kongresses »25 Jahre Psychiatrie-Enquete — Bilanz und Perspektiven der Psychiatriereform« in Bonn. <http://www.forensik-herne.de/html/literatur/fisca01a.html> (Zugriffsdatum: 07.02.2013)

Flick U. Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2007

Flick U. Handbuch Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2010

Schubert U, 2013. Gemeinden in Deutschland. <http://www.gemeindeverzeichnis.de/dtland/dtland.htm> (Zugriffsdatum: 29.07.2013)

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.), 2007. Psychiatrie in Deutschland—Strukturen, Leistungen, Perspektiven. [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/referate/versorgung-sozialmedizin/Psychiatrie\\_in\\_Deutschland.\\_Strukturen-Leistungen-Perspektiven.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/referate/versorgung-sozialmedizin/Psychiatrie_in_Deutschland._Strukturen-Leistungen-Perspektiven.pdf) (Zugriffsdatum 25.04.2012)

Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag, 2009

Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag, 2010

Greuß M. NWpG, 2013 - Netzwerk psychische Gesundheit Impuls und Statements. [https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/575576/Datei/113990/TK-Internet-Therapie-Praesentation-Greu %C3 %A8l.pdf](https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/575576/Datei/113990/TK-Internet-Therapie-Praesentation-Greu%C3%A8l.pdf) (Zugriffsdatum: 16.10.2013)

Hämäläinen J, 2010. Privatization of Social Care Services in Finland. [http://periodika.osu.cz/eris/dok/2010-01/privatization\\_of\\_social\\_care\\_services.pdf](http://periodika.osu.cz/eris/dok/2010-01/privatization_of_social_care_services.pdf) (Zugriffsdatum: 21.06.2012)

Heintze C, 2007. Effektiv und effizient: Das finnische Gesundheitssystem. [http://www.mabuse-verlag.de/chameleon//outbox//public/4/165\\_Heintze.pdf](http://www.mabuse-verlag.de/chameleon//outbox//public/4/165_Heintze.pdf) (Zugriffsdatum: 28.08.2013)

Hiltunen PM, Leppavuori A, Mannikko T, Sorri P, Aarela E, Lehtonen J. Training model for special competence in general hospital psychiatry in Finland. *J Psychosom Res* 2006; 61: 737-738

Hoff P. Geschichte der Psychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin - Heidelberg: Springer, 2008

Hoffmann-Riem C. Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie - Der Datengewinn. KZfSS 1980; 32: 339-372

Honkonen T, Saarinen S, Salokangas RKR. Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. Schizophr Bull 1999; 25: 543-551

Hyvönen S, Nikkonen M. Primary health care practitioners' tools for mental health care. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004; 11: 514-524

International Monetary Fund, 2013. Gross domestic product per capita, constant prices (National currency). <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/weorept.aspx?pr.x=45&pr.y=3&sy=2011&ey=2018&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c=122%2C136%2C124%2C137%2C423%2C181%2C939%2C138%2C172%2C182%2C132%2C936%2C134%2C961%2C174%2C184%2C178&s=NGDPRPC&grp=0&a=> (Zugriffsdatum: 27.08.2013)

Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 2004; 34: 597-612

Jäger H. Die Rolle der Kommune in der deutschen Gesundheitsversorgung - Fallstudie Rotenburg (Wümme). Innovationsprojekt Reform Sozialer Dienstleistungen. Rotenburg: gtz, 2002

Järvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. Helsinki: Kela, 2005

Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimaki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. Eur Psychiatry 2000; 15: 213-219

Kanouse E. Explaining Negativity Biases in Evaluation and Choice Behavior: Theory and Research. Advances in Consumer Research 1984; 11: 703-708

Kela, 2011. Rehabilitative psychotherapy. <http://kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/180808125939HS?OpenDocument> (Zugriffsdatum: 20.06.2012)

Kilian R, Becker T, Frasch K, 2012. Dokumentation und Vergleich der Psychiatrischen Unterbringungspraxis in ländlichen Regionen Bayerns, Baden-Württembergs und Mecklenburg-Vorpommerns. <http://www.uni-ulm.de/psychiatriell/projekte/unterbringung.htm> (Zugriffsdatum: 23.07.2013)

Klazinga N, 2010. OECD Health Care Quality Indicators project. [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ev\\_20100202\\_co01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20100202_co01_en.pdf) (Zugriffsdatum: 16.10.2013)

Klinikum Itzehoe, 2013. Regionales Psychiatrie-Budget. <http://www.kh-itzehoe.de/deutsch/UnsereKliniken/zentrumfuersychosozialemedizinpsychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/RegionalesPsychiatrieBudget/page.htm>. (Zugriffsdatum: 22.02.2013)

Kohli M. „Offenes“ und „geschlossenes“ Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse. *Soziale Welt* 1978; 29: 1-25

Korkeila J, Fink-Jensen A. Current trends in psychiatry care in Finland with special focus on private practice psychiatry and psychotherapy. *Nord J Psychiat* 2009; 63: 87-91

Kulenkampff C. Der gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission: Tagungsbericht. Köln: Rheinland-Verlag in Kommission bei Habelt, 1990

Kunze H, Schepker R, Heinz A. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik: Wohin kann der Weg gehen? *Dtsch Arztebl* 2013; A-1366-1369: 27-28

KVportal, 2010. Das deutsche Gesundheitswesen. <http://www.kvportal.de/das-deutsche-gesundheitswesen> (Zugriffsdatum: 17.06.2012)

Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1039-1045

Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. Weinheim - Basel; Beltz Psychologie Verlags Union, 2010

Laukkanen E, Pylkkänen K, Hartikainen B, Luotoniemi M, Julma K, Aalberg V. A new priority in psychiatry: focused services for adolescents. *Nord J Psychiat* 2003; 57: 37-43

Lehtinen V, Taipale V. Integrating mental health services: the Finnish experience. *Int J of Integr Care* 2001; 1-6

May AR. Mental health services in Europe: A review of data collected in response to a WHO questionnaire. Geneva: World Health Organization, 1976

Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim - Basel: Beltz Psychologie Verlags Union, 2002

Mayring P (Hrsg.) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim - Basel: Beltz Psychologie Verlags Union, 2010

Ministry of Social Affairs and Health, 2010a. Health Care Act (1326/2010). <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326.pdf> (Zugriffsdatum: 03.03.2012)

Ministry of Social Affairs and Health, 2010b. Health Services. [http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/health\\_services](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services) (Zugriffsdatum: 02.03.2012)

Ministry of Social Affairs and Health, Hrsg. Plan for Mental Health and Substance Abuse Work. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2010c

Ministry of Social Affairs and Health, 2005. Mental Health in Finland. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3925.pdf&title=Mental\\_Health\\_in\\_Finland\\_en.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3925.pdf&title=Mental_Health_in_Finland_en.pdf) (Zugriffsdatum: 29.02.2012)

Ministry of Social Affairs and Health, 1990. Mental Health Act 1991 (1116/1990). <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1990/en19901116.pdf> (Zugriffsdatum: 03.03.2012)

Ministry of Social Affairs and Health, 1989. Act on Specialised Medical Care (1062/1989). <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1989/en19891062.pdf> (Zugriffsdatum: 03.03.2012)

Ministry of Social Affairs and Health, 1972. Primary Health Care Act (66/1972). <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1972/en19720066.pdf> (Zugriffsdatum: 03.06.2012)

Moisio A, Loikkanen H, Oulasvirta L. Public services at the local level –The Finnish way. Vatt Policy Reports. Helsinki: Government Institute for Economic Research, 2010

Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer DE, 2005

Nagel E, Braasch P, Hrsg. Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007

National Institute for Health and Welfare, 2006. Regional differences in psychiatric inpatient care days. [http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/tietois-ku?redRoadId=562](http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/tietoisku/tietois-ku?redRoadId=562) (Zugriffsdatum: 27.04.2012)

Nenonen MEA. Treatment of mental disorders in Finland 1978-1998 – Statistical report 3/2000. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000

Nikkonen M. Caring from the point of view of a Finnish mental health nurse: a life history approach. J Adv Nurs 1994; 19: 1185-1195

Nouvertné K, Wessel T, Zechert C, Hrsg. Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002

OECD, 2013. Health Data 2013 - Frequently Requested Data. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm> (Zugriffsdatum: 25.07.2013)



OECD, 2012a. Health Data 2012 - Frequently Requested Data. <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm> (Zugriffsdatum: 20.09.2012)

OECD, 2012b. OECD StatExtracts - Physicians by categories. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Zugriffsdatum: 16.06.2012)

OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing, 2011a

OECD, 2011b. Health Data 2011. [http://www.oecd.org/document/0,3746,en\\_2649\\_201185\\_46462759\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html) (Zugriffsdatum: 27.05.2012)

OECD. OECD Economic Surveys: Finland 2010. OECD, 2010

Ommen O, Ullrich B, Janßen C, Pfaff H. Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung. Med Klin 2007; 102: 913-917

Ostrobothnia Project, 2012. The Ostrobothnia Project. <http://www.pohjanmaa-hanke.fi/Default.aspx?id=519312> (Zugriffsdatum: 20.12.2012)

Pättiniemi P. Work Integration Social Enterprises in Finland. Working papers series 07/2004. Liège: EMES European Research Network, 2004

Pirkola S, Sohlman B, Sosiaali-ja terveystalouden tutkimus ja kehittämisskeskus. Mielenterveysatlas: tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes, 2005

Pirkola S, Sohlman B, Heila H, Wahlbeck K. Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. Psychiatric Services 2007; 58: 221-226

pro Psychotherapie e.V., 2011. Wie wird man Psychotherapeut: Inhalt und Länge der Ausbildung. <http://www.therapie.de/psyche/info/ausbildung/psychotherapeut/#c1499> (Zugriffsdatum: 21.06.2012)

PSH Krefeld e.V., 2012. Psychosoziale Hilfe Krefeld e.V. - Unsere Angebote. <http://www.spz-krefeld.de/angebote/> (Zugriffsdatum: 05.06.2012)

PsychKG LSA. Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) Vom 30. Januar 1992 (GVBl. LSA 1992. 88)

PsychPV. Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), die durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geändert worden ist, 1990

PsychThG. Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist, 1999

RAY, 2011. Organisations as promoters of health and welfare. <https://www.ray.fi/en/beneficiaries/results> (Zugriffsdatum: 20.06.2012)

Reichertz J, 2009. Die Konjunktur der qualitativen Sozialforschung und Konjunkturen innerhalb der qualitativen Sozialforschung. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research; 10: Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0903291> (Zugriffsdatum: 12.10.2011)

Reker T, Hornung W, Schonauer K, Eikelmann B. Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 457-463

Rodewischer Thesen, 1963. Rodewischer Thesen - Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25.5. 1963 in Rodewisch (Vogtl.). [http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Rodewischer\\_Thesen.pdf](http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Rodewischer_Thesen.pdf) (Zugriffsdatum: 28.04.2014)

Sisäasiainministeriö, 2003. Laki Kainuun hallintokokeilusta (343/2003). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030343?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20Kainuun%20hallintokokeilusta> (Zugriffsdatum: 18.12.2012)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2012. Komplementäre und ambulante psychiatrische Versorgung. <http://www.gesunde.sachsen.de/653.html> (Zugriffsdatum: 26.06.2012)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Hrsg. Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan. Dresden, 2011

SächsPsychKG. Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten i. d. F. d. Bek. vom 10.10.2007 (SächsGVBl. Jg. 2007 Bl.-Nr. 12 S. 422 Fsn-Nr.: 250-3) Fassung gültig ab: 31.12.2010, 2007

Salokangas RKR. Psychiatric specialist care in Finland - achievements and challenges. J Ment Health 2004; 13: 47-54

Salokangas RKR, Honkonen T, Stengård E, Koivisto AM. Mortality in chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland. Schizophr Res 2002; 54: 265-275

Salokangas RKR, Saarinen S. Deinstitutionalization and Schizophrenia in Finland. Schizophr Bull 1998; 24: 457-467

Salokangas RKR, Der G, Wing JK. Community psychiatric services in England and Finland. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1985; 20: 23-29

Schaetzler TG, 2014. Fast jede zweite neue Frühverrentung ist psychisch bedingt. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57371/Fast-jede-zweite-neue-Fruehverrentung-ist-psychisch-bedingt> (Zugriffsdatum 11.02.2014)

Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41. Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch Institut, 2008

Seipel C, Rieker P. Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Weinheim/München: Juventa, 2003

SGB V. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 12.4.2012 I 5791988, 1988

SGB VI. Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 1.6.2012 I 12241989, 1989

SGB IX. Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Art. 13 Abs. 26 G v. 12.4.2012 I 5792001, 2001

SGB XII. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Art. 13 Abs. 28 G v. 12.4.2012 I 579 Anlage ergänzt durch § 2 V v. 17.10.2011 I 20902003, 2003

Siponen U, Välimäki M, Kaltiala-Heino KH. The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 1401-1408

Sonnenmoser M. Psychotherapie in Europa: Finnland – Aktiv gegen Depressionen. Dtsch Arztebl PP 2012; 11: 67-71

Spießl H, Binder H, Cording C, Klein HE, Hajak G. Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. Dtsch Arztebl 2006; 103: 47

Stakes. Sosiaali- ja terveystilastollinen vuosikirja 2011. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2011. Helsinki: Stakes, 2011

Statistisches Bundesamt, Hrsg. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsforschung auf Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013

Statistisches Bundesamt, 2012a. Beschäftigte im Gesundheitswesen. [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=96F2B005902C996F8CCB402ABA1235AE.tomcat\\_GO\\_1\\_2?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1340898226742&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=23621-0001&auswahltext=%23SKB92B1-KB92-8418%2CKB92-886-0&nummer=5&variable=2&name=KB92B1&werteabruf=Werteabruf](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=96F2B005902C996F8CCB402ABA1235AE.tomcat_GO_1_2?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1340898226742&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=23621-0001&auswahltext=%23SKB92B1-KB92-8418%2CKB92-886-0&nummer=5&variable=2&name=KB92B1&werteabruf=Werteabruf) (Zugriffsdatum: 29.05.2012)

Statistisches Bundesamt, 2012b. Krankheitskosten nach Diagnosen (ICD-10). [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=03CA005AE1A2B7548F32F0B484B9661E.tomcat\\_GO\\_2\\_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1341414686613&step=2](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=03CA005AE1A2B7548F32F0B484B9661E.tomcat_GO_2_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1341414686613&step=2) (Zugriffsdatum: 30.06.2012)

Statistisches Bundesamt, 2011a. Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung. [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab1.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp) (Zugriffsdatum: 26.10.2011)

Statistisches Bundesamt, Hrsg. Statistisches Jahrbuch 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2011b

Statistisches Bundesamt, 2010. Gesundheitspersonalrechnung: Beschäftigte im Gesundheitswesen.

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal2120731107004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal2120731107004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriffsdatum: 29.05.2012)

Suominen J, Sievers K. The Structure of Private Psychiatric Practice in Finland. *Acta Sociomed Scand* 1969; 1: 199-207

Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni S, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähtmeemäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med* 2009; 39: 287-299

Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26. Hamburg: Techniker Krankenkasse, 2011

Teperi J. The Finnish health care system: a value-based perspective. Helsinki: Sitra, 2009

The Association of Finnish Local and Regional Authorities, 2013a. Area and population density of local authorities. <http://www.localfinland.fi/en/statistics/population-density-of-local-authorities/Pages/default.aspx> (Zugriffsdatum: 09.02.2013)

The Association of Finnish Local and Regional Authorities, 2013b. Population by local authority. <http://www.localfinland.fi/en/statistics/Population-by-local-authority/Pages/default.aspx> (Zugriffsdatum: 09.02.2013)

The Association of Finnish Local and Regional Authorities, 2012. Local government reform and the New Municipality 2017 programme. <http://www.localfinland.fi/en/authorities/newmunicipality2017/Pages/default.aspx> (Zugriffsdatum: 22.02.2012)

The Ostrobothnia Project, 2011. The Ostrobothnia Project. <http://www.pohjanmaa.hanke.fi/Default.aspx?id=470246> (Zugriffsdatum: 10.01.2012)

THL, Hrsg. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2011. Helsinki: THL, 2011a

THL, Hrsg. Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2011. Helsinki: THL, 2011b

THL, 2006. Regional differences in psychiatric inpatient care days. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/tietoiskut/tietoisku?redRoadId=562> (Zugriffsdatum: 26.09.2012)

Turner T. The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiat* 2004; 3: 1-4

UBG Baden-Württemberg. Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz - UBG) in der Fassung vom 2. Dezember 1991, letzte berücksichtigte Änderung: §§ 3, 5 und 13 geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 4. Mai 2009 (GBl. S. 195, 199), 1992

Ulich D. Theorie und Methode der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Beltz, 1972

Vartiainen P. Health care management in Finland: An analysis of the wickedness of selected reforms. *Review of Business* 2008; 28: 41-55

Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO, 2008; 10: 1-168

Weischer C. Sozialforschung. Band 2924 von UTB, 2007

Wetzig F. Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998. Halle/Saale: Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2004

WHO, 2013. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/) (Zugriffsdatum: 26.07.2013)

WHO. World health statistics 2012. World Health Organization, 2012

WHO. Dept. of Mental Health, Substance Abuse. Mental health atlas 2005. World Health Organization, 2005

WHO, 2003. Investing in Mental Health. [http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf) (Zugriffsdatum: 29.02.2012)

WHO. Finland - Law No. 187 of 2nd May 1952, relating to mental patients. *International Digest of Health Legislation* 1953; 4: 511-522

Wikipedia, 2012. Liste der Landkreise in Deutschland. [http://de.wikipedia.org/wiki/Liste\\_der\\_Landkreise\\_in\\_Deutschland](http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Landkreise_in_Deutschland) (Zugriffsdatum: 09.02.2013)

Wilms B, 2012. Das Regionalbudget - eine neue Form der Flexibilisierung in der psychiatrischen Versorgung. <http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abtei->

lung6/referat45/vortrag\_dr.\_bettina\_wilms\_das\_regionalbudget\_-\_eine\_neue\_form\_  
der\_flexibilisierung\_in\_der\_psychiatrische.pdf (Zugriffsdatum: 01.02.2013)

## 10. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Kistemann für die umfassende und stets ermutigende Betreuung, ausdauernde Unterstützung und Begleitung und die vielen Ratschläge während des Verfassens dieser Arbeit.

Zudem gilt mein großer Dank allen deutschen und finnischen Interviewpartnern, die mich an ihrem Wissen und ihren Ansichten teilhaben lassen. Ich danke allen für das Interesse und die Teilnahme an meinen Interviews und für die Weiterempfehlungen, Hilfestellungen, die Unterstützung und Ermutigung.

Ich danke meinen lieben Eltern für ihr Vertrauen, die moralische und finanzielle Unterstützung während des Anfertigens dieser Arbeit, wie auch während des gesamten Studiums. Danke auch insbesondere für die Enkelbetreuung, wodurch mir viele Freiräume geschaffen wurden. Außerdem danke ich Antje und Ebi für ihre liebevolle Betreuung von Gustav während meiner Elternzeit, ohne die ich diese Arbeit nicht hätte weiter voran- und fertigbringen können. Nun ist Gustav selbst nicht zu vergessen, der mit seiner unbändigen Lebensfreude Ablenkung und Antrieb zugleich war.

Ein Dank geht auch an Jaraya und meine Schwester Laura fürs Korrekturlesen.

Schließlich gilt mein großer Dank meinem Freund Max für seinen Rat und Beistand. Ich danke dir für das Korrekturlesen und deine Hilfe, vor allem aber für den immerwährenden Antrieb, deine Geduld und die stetige Ermutigung über all die Zeit.