

„Der ganz normale Wahnsinn“ – Betrachtungen aus der unbekanntenen Psyche des ÖGD

**„Die innere Welt ist der tiefe Schacht, aus
dem des Menschen Taten und Gedanken
ewig quellen.“**

Johann Christoph Friedrich von Schiller,
(1759-1805), deutscher Dichter und
Dramatiker

Einleitung: Wie fing es an, wie war es gestern?

Die „Störenden“, die „Unvernünftigen“, die „Abwegigen“ und die „Irren“, um nur einige Bezeichnungen zu erwähnen, wurden mancherorts bereits im Mittelalter von so genannten „Stadt-ärzten“ behandelt und versorgt. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts folgte dann eine Vielzahl von psychiatrischen Anstaltsgründungen meist in ländlicher Idylle weitab vor den Toren der größeren Städte [1,2]. Es begann die Entfernung der psychisch Kranken aus den Augen (aus dem Sinn) ihrer Mitmenschen. Nur ganz vereinzelt gab es Ansätze zur Familienpflege um die Kontakte zum sozialen Umfeld zu erhalten. Diese Art der Versorgung setzte sich ebenso wenig durch wie die Errichtung von „Stadtasylen“, die von Griesinger gefordert wurde [3]. In Regionen mit erhöhter Bevölkerungsdichte reichte die Behandlung in den Anstalten nicht aus, ein Teil der schwierigen Patienten musste „vor Ort“ versorgt werden. Durch Mangel an Angeboten durch freie Träger übernahm diese wichtige Aufgabe der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Für's Gemüt und für die Nerven

In einzelnen Städten, wie zum Beispiel in Frankfurt am Main, wurde bereits vor dem ersten Weltkrieg die „Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenranke“ (1914) eingerichtet. Diese Einrichtungen sind die Vorläufer der heutigen kommunalen (Sozial)-Psychiatrischen Dienste gewesen. Die psychiatrische Fürsorgestelle am kommunalen Gesundheitsamt schien die geeignete Institution zu sein, um die bereits damals von E. Bleuler vorgeschlagene Frühentlassung psychisch kranker Menschen zu verwirklichen. Daneben sollte auch eine Betreuung der sozial Gefährdeten, der psychisch Labilen, der Minderbegabten und der Trinker gewährleistet werden [3].

Zunächst kam es zu einer Einengung der Bemühungen um die Kranken, unter anderem durch die Zunahme der administrativen Einschränkungen. Ab 1933 setzte sich zunehmend die nationalsozialistische Ideologie, von der Fürsorge zur Gesundheitsführung, durch. Gesundheit wurde mit Leistungsfähigkeit und Krankheit mit Leistungsminderung gleichgesetzt. Das „Gesetz

„Der ganz normale Wahnsinn“ – Betrachtungen aus der unbekanntem Psyche des ÖGD

zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) vom 14. Juli 1933 veränderte die Arbeit mit kranken Menschen in ganz bedeutender Weise. Nicht Hilfe sondern Selektion durch Zwangssterilisation bis hin zur Tötung und „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ waren die Konsequenzen der damaligen Zeit [1].

Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom Juli 1934 und die daraus abgeleiteten Durchführungsbestimmungen sowie die Reichsversicherungsordnung, entzogen therapeutischen und fürsorgerischen Arbeitsansätzen ambulanter Dienste weitgehend die rechtliche Grundlage. Dies führt bis heute faktisch zur Einstellung der therapeutischen Maßnahmen und einer weitgehenden Beschränkung der psychiatrischen Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Begutachtung, Beratung, Maßnahmen zur Gefahrenabwehr und Sicherung der öffentlichen Ordnung. Der Gedanke der Fürsorge und Wiedereingliederung der psychisch kranken Menschen in die Gemeinde und in ihr soziales Umfeld ging weitgehend verloren.

Wenn die Experten kommen

Ab Mitte der 1960er Jahre meldeten sich engagierte Einzelpersonen und kleinere Gruppierungen aus unterschiedlicher Motivation zu Wort. Es war still geworden um die psychisch Kranken nach den Verbrechen des Nationalsozialismus. Prof. K.P. Kisker (Hannover), Prof. C. Kulenkampff (Vorsitzender der Enquete- und Expertenkommission), Prof. K. Dörner (Gütersloh), Prof. Häfner (Mannheim), der „Mannheimer Kreis“ aus dem die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hervorging und die sich als revolutionär verstehende Gruppe des „Sozialistischen Patientenkollektivs“ (Heidelberg), um nur einige Namen zu nennen, haben nach Jahren des Schweigens die Initiative ergriffen und Forderungen formuliert. Mit der Heidelberger Denkschrift (1965), die von einem nationalen Notstand sprach und damals alle Forderungen formulierte, führte dann 1970, durch Antrag des Abgeordneten W. Picard (CDU), zur Errichtung der Enquêtekommision. Im Jahr 1975 legte sie ihre Ergebnisse vor, die 1988 durch die Aussagen des Expertenberichtes bestätigt und durch einen Perspektivenwechsel weitergeführt wurden. Die 4 Hauptempfehlungen (sinngemäß zitiert) der Psychiatrie-Enquête stellen auch 30 Jahre danach noch die gültigen Anforderungen an eine psychiatrische Versorgung dar [4,5,6]:

- Bedarfsgerechter Ausbau wohnortnaher Hilfen im ambulanten, komplementären, rehabilitativen, teilstationären und stationären Bereich.
- Sicherstellung der bedarfsgerechten (statt angebotsorientierten) Versorgung, insbesondere für chronisch psychisch und mehrfach erkrankte Menschen.
- Hinwirken auf das Funktionieren einer für die gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur unabdingbaren Koordination und Kooperation aller beteiligten Dienste und Einrichtungen.

- Abbau sozialrechtlicher Hindernisse, die einem aufeinander abgestimmtem Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungsträger und einer Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch kranken Menschen entgegenstehen.

Hauptsache es funktioniert

Der Verweis auf den Lebensalltag und die damit gleichzeitig einhergehende Sichtweise vom Patienten zu einem „ganzen Menschen“ und Bürger wird Orientierungshilfe der Expertenkommission (1988). Es bleibt nicht dabei, die Missstände der institutionalisierten Psychiatrie zu beklagen, sondern das individuelle Elend des einzelnen psychisch kranken Menschen steht im Mittelpunkt der Betrachtung. Daraus ergeben sich Bereiche, die eine Funktion beschreiben [5]:

- Das Grundbedürfnis auf medizinisch-soziale Grundversorgung: Funktionsbereich Behandlung und Rehabilitation;
- Das Grundrecht auf eine angemessene Wohnung: Funktionsbereich Hilfen im Bereich Wohnen;
- Das Grundbedürfnis nach sinnvoller Betätigung, Entfaltung der Persönlichkeit, Teilnahme am beruflichen Leben: Funktionsbereich Hilfen im Arbeitsleben;
- Das Grundbedürfnis nach menschlichen Kontakten und Teilhabe an den Rechten: Funktionsbereich Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte

Der Expertenbericht spricht daher von Funktionsbereichen. Diese sind im Gegensatz zu dem teilweise bis heute bestehenden institutionsbezogenen Denken zu sehen. Nicht die Einrichtungstypen, die Spezialisierung von Institutionen oder die Diagnose allein bestimmen die Hilfeform und den Leistungserbringer, sondern die funktionelle Ressource des Menschen und das funktionelle Defizit des psychisch Kranken sind Ausgangspunkt und Zentrum des Hilfeansatzes.

Finzen setzte sich 1989 mit dem Begriff der Psychiatrie-Reform in Enquete- und Expertenkommission auseinander und bemerkte: „Psychiatrie-Reform ist nicht Teil einer umfassenden Krankenversorgungs- oder gar Gesundheitsreform. Auch wenn es streckenweise den Anschein haben mag: die Psychiatrie-Reform ist – zumindest in der Bundesrepublik – primär nicht sozialpolitisch motiviert, sondern humanitär und fachlich.“

Von der Institution zum Individuum

Ein Kritikpunkt an der angebotsorientierten Versorgung ist, dass die Möglichkeiten, als psychisch kranker Mensch seine Vorstellungen dem Hilfesystem gegenüber zur

„Der ganz normale Wahnsinn“ – Betrachtungen aus der unbekannten Psyche des ÖGD

Geltung zu bringen, sehr begrenzt sind. Die Bereitschaft der Leistungserbringer, sich dem individuellen Hilfebedarf des Klienten anzupassen ist in der Regel gering, wenn er nicht genau dem institutionellen Angebot entspricht [7]. Dies führte zu einer wachsenden Zahl psychisch Kranker, für die sich niemand (mehr) verantwortlich fühlt. Die Folge ist, dass sie zwar in der Gemeinde leben, dort aber ohne qualifizierte Hilfen bleiben und von Verelendung bedroht sind. Zugleich führt die Tatsache, dass sich der Klient dem Angebot anpassen muss, nicht selten zu unangemessenen und teilweise auch überflüssigen Leistungen. Neben Verbesserungen sind in den Jahren auch Unter-, Über- und Fehlversorgung entstanden, die die Effektivität und Effizienz des Versorgungssystems insgesamt beeinträchtigen [8].

Der Paradigmenwechsel der Expertenkommission stellt verstärkt die behinderte Person, ihre Wünsche, Ressourcen und Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Hilfebringung. Die nachfolgende Betrachtung wird sich immer auf diese Sichtweise und den damit verbundenen Paradigmenwechsel beziehen.

Hier und Jetzt: Zahlen, Daten, Fakten

Mindestens seit der Enquête 1975 sind die Klagen über das Fehlen von Daten und Informationen, die eine präzise Zustandsbeschreibung des Umstrukturierungsprozesses einzelner Reformetappen und der Versorgungsstrukturen ermöglichen, nicht verstummt. Die Situation hat sich mit dem Fortschreiten der Reform eher noch zugespitzt, da der Ausbau der Gemeindepsychiatrie eine Einrichtungs- und Modellvielfalt in der Versorgung psychisch Kranker hervorgebracht hat, die die Felder und Bereiche, zu denen valide Informationen benötigt werden, deutlich ausweitete [6]. Nicht nur der Mangel von Daten sondern auch die unsystematische Erhebung der vorhandenen Daten erschweren die Nutzung. Inhaltliche und sprachliche Differenzen zwischen Verwaltung und Wissenschaft stellen fundamentale Unterschiede zwischen den Arbeitskulturen und -strukturen dar. Sprache, Ziele, Methoden und Werte stehen sich – teilweise diametral – gegenüber. Verwaltung ist an der Bearbeitung anwendungsorientierter Fragen der Evaluation und Gestaltung bestehender Systeme im Rahmen der gegebenen rechtlichen Vorschriften gelegen. Planungshorizonte sind kurz. Ziel ist nicht Erkenntnis, sondern Implementation [9].

Den letzten beißen die Hunde?

Ein Teil der o.a. Problematik ist die uneinheitliche Struktur der regionalen Leistungsanbieter und Versorgungsstrukturen sowie die ländertypischen kommunalen Psychiatriestrukturen in den Fachbereichen der (Sozial-)Psychiatrischen Dienste und bei den Psychiatriekoordinatoren.

In vielen Regionen hat sich der Grundgedanke der (Gesundheits-)Fürsorge (Berufsbezeichnung früher war Fürsorger/in) als Arbeitsgrundlage der Sozialpsychiatrischen Dienste, wie er im Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und der 3. DVO (1934) dokumentiert ist, erhalten. Das Prinzip der Subsidiarität: – Der Staat nimmt Aufgaben wahr, soweit und solange sie nicht durch andere Institutionen abgedeckt werden –, gilt bis heute. Prävention, früher als „gesundheitliche Volksbelehrung“ bezeichnet, war Sache der Ärzte.

Maßnahmen der SpDi je nach Ausbau der regionalen Strukturen und unter Berücksichtigung der länderspezifischen Psychisch-Kranken-Gesetze:

- Interessenfreie Beratung (§126 BSHG/§59 SGB XII), Hilfevermittlung (subsidiär), Clearing
- Aktiv aufsuchende, nachgehende und motivierende Tätigkeit insbesondere bei Personen mit beeinträchtigtem Hilfesuchverhalten (SpDi in der Regel einziger Anbieter)
- Krisenintervention (subsidiär) entsprechend den Vorgaben der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG), soweit vorhanden
- Mitwirkung bei Zwangsunterbringungen entsprechend den Vorgaben der Psychisch-Kranken-Gesetze oder Unterbringungsgesetze
- Gutachtertätigkeiten für die öffentliche Verwaltung (Amtshilfe), Medizinischer Dienst der Kommune (Sozialmedizin), PsychKG, Gerichtsgutachten, Betreuungsgutachten
- Rehabilitative (Langzeit-)Begleitung (subsidiär) von Menschen mit komplexem Hilfebedarf, eingeschränktem Hilfesuchverhalten, „Problemfälle“, Randgruppen, süchtigen Menschen
- Koordination der individuellen Hilfen bei Beteiligung verschiedener Institutionen und Ämter
- Geschäftsführung der Hilfeplankonferenzen, Mitwirkung bei der Erstellung der „Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationspläne“
- Einberufung, Teilnahme, Moderation und/oder Leitung der regionalen Gremien der gemeindepsychiatrischen Versorgung (Fachgruppen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Psychosozialer Ausschuss u.a.)
- Gesundheitsberichterstattung (fakultativ)

Die vorstehende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie bildet jedoch die derzeit wichtigsten Leistungen des SpDi ab. Zur Beschreibung der sozialpsychiatrischen Funktion wird in der Literatur und in der Praxis oft die negative Definition bemüht: „sich um die Menschen kümmern, die für die anderen im Versorgungssystem zu unattraktiv, störend, nicht wartezimmerfähig sind“. D.h. der größte und meist auch verbleibende Anteil der schwierigsten Klienten/Patienten bleibt bei

„Der ganz normale
Wahnsinn“ –
Betrachtungen aus der
unbekannten Psyche
des ÖGD

den psychiatrischen Diensten der Kommunen hängen oder werden nicht versorgt. Er ist in der Regel der einzige aufsuchende Dienst im Rahmen der ambulanten Arbeit mit psychisch kranken Menschen und ist damit das notwendige Bindeglied zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Dies gilt nicht nur für chronisch psychisch Kranke, sondern auch für obdachlose Menschen, Süchtige, „Störer“, Krankheitsuneinsichtige mit entsprechend wenig Compliance, Menschen mit beeinträchtigtem Hilfesuchverhalten und Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Für die Zukunft gilt es eine positive Formulierung zu entwickeln und Aufgaben klar zu benennen [11].

In den letzten Jahren wird die Entwicklung mit Interesse in den englischsprachigen Ländern [12] und Italien [13] beobachtet, wo angesichts anderer Finanzierungs- und Gesundheitssysteme interessante Formen der gemeindepsychiatrischen Versorgung entwickelt wurden. So hat das englische Gesundheitsministerium Rahmenempfehlungen der psychiatrischen Versorgung veröffentlicht, an denen sich dortige Planungsprozesse orientieren sollen [14].

Die Art der Organisation der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) hat besondere Bedeutung für die Regionalisierungs-, Kommunalisierungs-, Planungs- und Umstrukturierungsbemühungen innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zwischen Krankenhausstruktur/niedergelassenen (Fach-) Ärzten und ÖGD kommen zwei Leistungssysteme (Öffentlicher Gesundheitsdienst mit kommunaler Finanzierung und krankenkassenfinanzierte Behandlungsbereiche) zusammen. Auf kommunaler Ebene sind es in der Regel der örtliche und/oder der überörtliche Sozialhilfeträger. Die evaluierten Umstrukturierungsprozesse wurden, primär ausgehend von psychiatrischen Kliniken, aus dieser Perspektive betrachtet und umgesetzt. Dadurch treffen u.U. unterschiedliche Planungs- und Steuerungsinteressen zusammen, die eine fachlich sinnvolle Verzahnung der Leistungsbereiche erschweren oder sogar verhindern [10]. Es gibt Verknüpfungen (Bremen) von SpDi und Institutsambulanz des Krankenhauses bzw. der psychiatrischen Klinik. Hier können Probleme, durch unterschiedliche Interessen der Kommunen, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der psychiatrischen Kliniken entstehen, die sich aus den verschiedenen Steuerungsmöglichkeiten durch finanzielle Zuwendungen ergeben können. In München werden die SpDi überwiegend durch freie Träger geleistet [10]. Der Stellenwert im Verbund bleibt gering, die Kompetenz fehlt beim ÖGD. Früher bestand in Baden-Württemberg eine Beteiligung der Krankenkassen an der pauschalen SpDi-Finanzierung. Heute, mit Einführung der „Soziotherapie“, wurde dieser Pauschalbetrag gekappt und es wurden Psychiatrische Institutsambulanzen an den Landeskliniken eingeführt. Damit wurden die Strukturen der Sozialpsychiatrischen Dienste weiter geschwächt.

Gut koordiniert ist halb organisiert

Die (Sozial)-Psychiatrischen Dienste sind unmittelbar an der Versorgung beteiligt, die Psychiatriekoordinatoren dagegen sind mittelbar an der regionalen Versorgung beteiligt. War die Forderung der Psychiatrie-Enquete-Kommission dem Psychiatriekoordinator eine Stabsstellenfunktion zuzuweisen, so zeigt sich in der Praxis ein buntes Bild der Aufgabenwahrnehmung. Von der Stabsstelle beim Dezernat über eine zusätzlich wahrzunehmende Aufgabe durch den Sozialpsychiatrischen Dienst bis zur stundenweise Nebentätigkeit eines externen Psychiaters (Klinik oder niedergelassener Facharzt), sind alle denkbaren Varianten in Deutschland vorhanden. In einigen Regionen wird diese Funktion nicht wahrgenommen, in anderen Teilen Deutschlands ist die Tätigkeit durch Landesgesetze (beispielsweise PsychKG) geregelt.

Formuliert man die Tätigkeit der Psychiatriekoordinatoren als gesundheitsbezogene Aufgaben der öffentlichen Verwaltung, als Einbindung gesundheitlicher Aufgaben in sonstige organisierte Anstrengungen der Gesellschaft, als nichtpersonengebundene Dienste im Gesundheitswesen oder als Hilfe für spezielle vulnerable Gruppen in der Bevölkerung, dann kommt man zur Definition dessen was als Aufgabe von Public Health beschrieben wird, d.h. alle Anstrengungen die sich vorwiegend auf ganze Populationen und auf organisierte Ansätze oder Systeme der Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung oder der Krankheitsbekämpfung beziehen.

Im Einzelnen können, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, folgende Aufgaben benannt werden:

- Entwicklung von Planungskonzeptionen (Regionaler Psychiatrieplan, regionale Versorgungskonzeptionen) unter Einbeziehung und in Abstimmung mit den Leistungsträgern und –anbietern, Gesundheitsberichterstattung
- Initiierung, Implementierung und Koordination von Aktivitäten in der Versorgungsregion
- Organisation, Moderation und Geschäftsführung von regionalen Gremienstrukturen der Psychiatrie (Psychosozialer Beirat, Psychosoziale-Arbeitsgemeinschaften)
- Geschäftsführung der Beschwerdestellen und der Besuchskommissionen, wo dies im PsychKG geregelt ist
- Beratung von Verwaltung im Bereich der Jugend-, Sozial-, Sucht, Drogen und Altenhilfe, sowie bei der Obdachlosenhilfe
- Vermittlung von Fachinformationen und Übernahme der fachlichen Vertretung in politischen Gremien (Delegationsverfahren)
- Anhörungs- und Beteiligungsrecht bei administrativen Aufgaben und Umsetzung der politischen Vorgaben

„Der ganz normale Wahnsinn“ – Betrachtungen aus der unbekannten Psyche des ÖGD

- Organisation und Verhandlung mit Leistungsträgern und Leistungserbringern zum Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes
- Koordinative Aufgaben mit Angehörigen- und Betroffenenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Ehrenamt
- Einbeziehung der Schnittstellenproblematik Psychiatrie, Drogen- und Suchthilfesystem, Obdachlosenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, forensische Psychiatrie

Alles nur Gesetz

12 von 16 Bundesländern verfügen über ein Psychisch-Kranken-Gesetz. Jedes hat seine eigene Struktur. Bayern, Baden-Württemberg, Saarland haben so genannte Unterbringungsgesetze oder wie Hessen ein Freiheitsentziehungsgesetz (Polizeigesetz von 1952). Der Sozialpsychiatrische Dienst ist in 11 Psychisch-Kranken-Gesetzen erwähnt. In 10 Gesetzen werden Leistungserbringung und Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes als kommunale Aufgabe beschrieben. In 9 Ländergesetzen (PsychKG) wird die Vorgabe gemacht, dass die Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch einen Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie übernommen werden soll. In einigen Ländern besteht der Zusatz „...oder ein in der Psychiatrie erfahrener oder weitergebildeter Arzt/Ärztin. In 2 von 16 Gesetzen (Niedersachsen, Sachsen) ergibt sich die Möglichkeit oder die Verpflichtung für den Sozialpsychiatrischen Dienst zur Behandlung.

In keiner Regelung der 16 Bundesländer und in keinem der 12 Psychisch-Kranken-Gesetze werden die gesetzlichen Regelungen verpflichtend für den Sozialpsychiatrischen Dienst benannt. Die Gesetzgeber schreiben einerseits die fachliche Voraussetzung vor, andererseits bleibt es bei der „soll“ und „kann“ Formulierung [15]. Deutlich wird jedoch in den meisten Gesetzen, dass die Aufgabe, d.h. die Zuständigkeit in der Hand des Öffentlichen Gesundheitswesens bleiben soll und in der Regel nicht auf freie Träger delegiert werden kann.

Wandlung durch Handlung?

Die unmittelbare, aus der Fürsorge erwachsene Aufgabenwahrnehmung der Sozialpsychiatrischen Dienste hat heute nach wie vor seine Daseinsberechtigung und wird in vielen Regionen, je nach Ausbau der Versorgung, auch unbedingt benötigt. Diese subsidiäre Aufgabe kann, soweit keine gesetzlichen Grundlagen dagegen stehen und die regionale Versorgungsstruktur ausreichend aufgebaut ist, auf freie Träger übertragen werden. Die Aufgabe der Psychiatriekoordination ist und bleibt eine Leistung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und stellt eine Tätigkeit im Sin-

ne des Public Health dar. Diese beiden Aufgaben, unmittelbare und mittelbare Beiträge zur gemeindepsychiatrischen Versorgung, sollten schon aus fachlichen und sachlichen Gründen in unmittelbarer organisatorischer Nähe angesiedelt sein. Vor einer vollständigen Aufgabe der o.a. sozialpsychiatrischen Funktionen ist jedoch abzuraten. Das psychiatrische Fachwissen sollte beim ÖGD nicht vollständig verloren gehen, da die administrativen Aufgaben der Koordination nur aus praktischen Erfahrungen, wissenschaftlichen Grundlagen sowie der Kenntnis der Regionalstrukturen qualitativ zufriedenstellend zu lösen sind. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund des rigorosen Abbaus der Betten in der Allgemeinpsychiatrie. Dem stehen die Zunahme der Betten im Maßregelvollzug, den Justizvollzugsanstalten und den stationären Plätzen für seelisch behinderte Menschen europaweit gegenüber [16]. Vor einer neuen Reinstitutionalisierung nach 30 Jahren Enthospitalisierung kann an dieser Stelle nur gewarnt werden. Wer es ernst nimmt mit der Prämisse: ambulant vor stationär, der muss auch für die notwendige Sicherheit, Nachhaltigkeit und Finanzierung dieser veränderten Strukturen sorgen.

Diese Aufgabe auszubauen und die regionalen und strukturellen Erfordernisse anzupassen, wird in Zukunft dringender denn je benötigt werden. Sie kann nur durch Fachkompetenz und Engagement des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kooperation mit den Leistungserbringern bewältigt werden.

„Der größte Reichtum des Menschen ist das Gemüt, das groß genug ist, keinen Reichtum zu verlangen..“

Johann Wolfgang von Goethe, (1749-1832), deutscher Dichter der Klassik, Naturwissenschaftler und Staatsmann