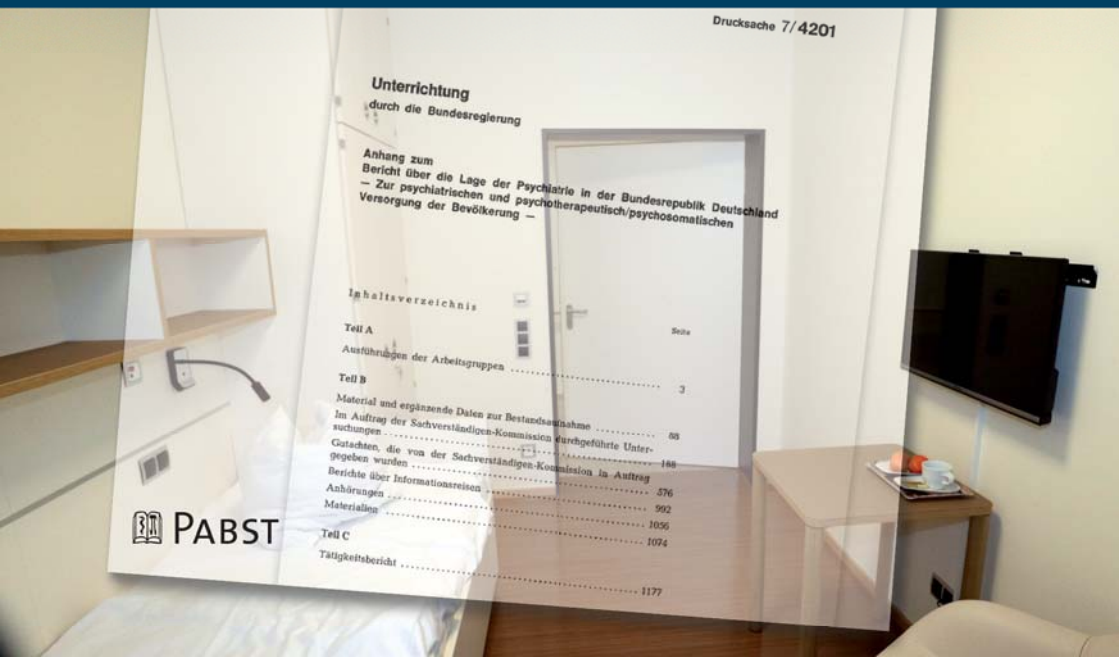
Hans-Jörg Assion, Patrick Debbelt, Ute Franz & Bernd Dimmek (Hrsg.)

Psychiatrie in Entwicklung: 40 Jahre Psychiatrie-Enquete

– eine Festschrift für Ulrich Trenckmann



PABST

Hans-Jörg Assion, Patrick Debbelt,
Ute Franz & Bernd Dimmek (Hrsg.)

Psychiatrie in Entwicklung: 40 Jahre Psychiatrie-Enquete

– eine Festschrift für Ulrich Trenckmann

Pabst Science Publishers · Lengerich

Dr. Bernd Dimmek
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs)
- Fachbereich Qualitätsentwicklung -
c/o LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne
Wilhelmstr. 120
44649 Herne
Tel.: 02325 / 3724-2740
Fax: 02325 / 3724-2119
Mobil: 0151 / 40 635 777
E-Mail: B.Dimmek@lwl.org

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2016 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany
Formatierung: Armin Vahrenhorst

Bildnachweis Titelseite: LWL/Hans-Joachim Thimm

Druck: booksfactory.de

Print: ISBN 978-3-95853-195-6
eBook: ISBN 978-3-95853-196-3 (www.ciando.com)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort
40 Jahre Psychiatrie-Enquete – ein Blick zurück und voraus
Hans-Jörg Assion, Ute Franz & Patrick Debbelt 7

Zum Leben und Wirken von Prof. Trenckmann – eine Laudatio
Patrick Debbelt 11

Wirtschaftliches und fachliches Profil des psychiatrischen Krankenhauses in kommunaler Trägerschaft: Das Beispiel des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen
Meinolf Noeker 13

40 Jahre Psychiatrie-Enquete und Suizidprävention – 35 Jahre Kliniksuizidforschung: Was hat sich verändert, heutige aktuelle Fragen der klinischen Suizidprävention
Manfred Wolfersdorf 58

Integration und Ausgrenzung – Was hat sich in den letzten 40 Jahren nach der Enquete getan?
Hans Stoffels 74

Was könnte eine moderne „biologische Sozialpsychiatrie" sein?
Georg Juckel & Martin Brüne 85

Die Psychiatrie-Enquête und die Entwicklung der Forensik
Heinz Kammeier 99

Maßregelvollzug im Spannungsfeld zwischen Therapie und Sicherheit
Rainer Kukla 113

Der Wandel des Maßregelvollzugs aus juristischer Sicht –
Psychisch kranke Straftäter: vom gesellschaftlichen
Sicherheitsrisiko zu Persönlichkeiten mit Individualrechten
Rolf Grünebaum 128

Der psychiatrische Maßregelvollzug – die letzte Wiese nach der
Psychiatrie-Enquete?
Nahlah Saimeh.....140

Entwicklungen der Forensischen Psychiatrie und des psychiatrischen
Maßregelvollzugs (unter besonderer Berücksichtigung der Initiativen
der DGPPN)
Jürgen L. Müller.....147

Autorinnen und Autoren 163

Vorwort

40 Jahre Psychiatrie-Enquete – ein Blick zurück und voraus

Die *„Psychiatrie-Enquète" hat* mit dem *„Bericht zur Situation der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland"* in der Psychiatrie-Landschaft des ausgehenden 20. Jahrhunderts viel bewegt und hat nachhaltig zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von psychisch Erkrankten beigetragen.

40 Jahre nach dem Beschluss des Deutschen Bundestags im Jahr 1975 wird in diesem Band der historischen Situation der damaligen Zeit nachgespürt. Es wird den Versorgungsbedarfen und -erfordernissen dieser Zeit nachgegangen und die Erwartungen und Visionen rekapituliert, die mit dem Reformbeschluss seinerzeit verbunden waren.

Ausgangspunkt für das Resümee dieses Bands ist eine Tagung, die im Rahmen der Dortmund-Hemeraner-Tage Anfang Juni 2015 in der LWL-Klinik Hemer stattfand. Die Auswahl des Themas erfolgte auf Anregung von Prof. Dr. Ulrich Trenckmann, dem die Festschrift gewidmet ist. In 14 Vorträgen wurden die vielfältigen Facetten dieses psychiatriepolitisch wegweisenden Beschlusses ausgeleuchtet. Ausgewählte Beiträge dieser Fachtagung liegen in dem Buchband vor.

Die Psychiatrie-Enquete deckte schwerwiegende Mängel der Versorgung von psychisch kranken und entwicklungsverzögerten Menschen auf. Die mit der Erstellung der Psychiatrie-Enquète betraute Expertenkommission nahm das zum Anlass, Leitlinien zur Reform der Psychiatrie zu erarbeiten. Nahezu alle Bereiche des psychiatrischen Wirkens und Handelns erfuhren durch die Psychiatrie-Enquète eine starke Veränderung. Beispielhaft ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass sich Ansätze zu einer – damals noch nicht selbstverständlichen – gemeindenahen Versorgung entwickelten. Eine grundsätzliche Haltung gab dabei den Handlungsrahmen vor, in dem sich die modernen Angebote psychiatrischer Versorgung bewegen sollten: *„So viel stationäre Behandlung wie nötig, so viel ambulante wie möglich!"*

In vielerlei Hinsicht entwickelte sich die geforderte Gleichstellung der Behandlung von psychisch erkrankten zu körperlich beeinträchtigten

Menschen. Diagnosespezifische Angebote trugen zur optimierten Qualität der Behandlung bei. Seitdem wurden viele Verbesserung erzielt – gleichwohl: Herausforderungen bleiben und bis heute müssen auf eine Reihe von Fragen bessere Antworten gefunden werden.
Positiv zu vermerken ist der flächendeckende Ausbau von ambulanten Nachsorgestrukturen. Erfreulich ist auch die deutlich geringere Anzahl an Suiziden in psychiatrischen Krankenhäusern. Gerade die forensische Psychiatrie – früher ein fachlicher Randbereich – hat sich seit der Enquète stark weiterentwickelt und bei bestimmten Themen sogar eine Vorreiterrolle eingenommen.
Wie immer in der Geschichte der Psychiatrie ist das Fachgebiet von unterschiedlichen gesellschaftlichen Forderungen und Erwartungen beeinflusst. Manche optimistische Erwartungen der Sozialpsychiatrie erwiesen sich als nicht oder zumindest als schwer erfüllbar und führen zu Korrekturbedarfen bei ideologisch geprägten oder übermäßig positiven Erwartungen. Ein Grund für therapeutischen Pessimismus ist das nicht.
Die Auswirkungen des wegweisenden Beschluss von 1975 sind Anlass genug, sowohl allgemein als auch speziell, in psychiatrischer wie forensisch-psychiatrischer Hinsicht einen Blick zurück auf die Entwicklung der vergangenen 40 Jahre zu werfen und einen Blick voraus in die Zukunft zu wagen.

Unterschiedliche Aspekte der sozialpolitischen, kulturellen sowie strukturellen Dimension der Psychiatrie-Enquète werden im konkreten Bezug auf aktuelle psychiatrische Fragestellungen in diesem Buch dargestellt.

Prof. Dr. Hans-Jörg Assion *Ute Franz* *Dr. Patrick Debbelt*

Zum Leben und Wirken von Prof. Trenckmann – eine Laudatio

Patrick Debbelt

40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Festschrift zur Verabschiedung von Herrn Prof. Dr. Trenckmann

Prof. Dr. med. Ulrich Trenckmann

Wie passt das zusammen?
Als vor nun über 40 Jahren der Bericht der Sachverständigenkommission der damaligen BRD zur Lage der psychiatrischen Versorgung der damaligen DDR vorlag und massive Defizite in der Versorgung psychiatrischer Patienten aufführte, da studierte Herr Trenckmann Humanmedizin in Leipzig.
Die Psychiatrie-Enquete führte zu einer massiven Veränderung im psychiatrischen Behandlungsangebot, die Pflicht- und Vollversorgungsgebiete wurden verkleinert, Abteilungs-Psychiatrien gegründet. Erstmals wurde der Grundsatz „So viel stationäre Behandlung wie nötig, so viel ambulante Behandlung wie möglich“ festgelegt. Diagnosespezifische Behandlungsmethoden wie z. B. Spezialstationen für Depressions- oder Schizophrenie-Erkrankte hielten Einzug, die Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie wurde stark ausgebaut und verstärkt. Die Behandlungsqualität und die Ausstattung auch dank der Psych-Personalverordnung besserten sich deutlich. Auch in der damaligen DDR wurde mit den sogenannten „Rodewischer Thesen“ eine sozialpsychiatrische Reform im Osten Deutschlands gefordert.
All diese Veränderungen lassen sich auch an der Person von Herrn Prof. Dr. Ulrich Trenckmann nachvollziehen. Geboren 1951 in Magdeburg

wuchs er in Leipzig auf, wo er auch 1969 das Abitur machte. Wie damals in der DDR üblich, musste er nach dem Abitur zunächst eine Ausbildung als Tierpfleger im Zoo Leipzig beginnen. Eine Erfahrung, die bei ihm später bei der Leitung einer Klinik sicher geholfen hat. Es ist auch eine Kunst, die verschiedenen Charaktere der Mitarbeiter so zu beeinflussen, dass anstehende Veränderungen auch umgesetzt werden.
Von seinem Vater, der als Ordinarius für Innere Medizin an der Universität arbeitete, lernte er die Liebe zur Medizin kennen; von seiner Mutter die Liebe zur Kunst, so dass es letztlich wohl nicht verwunderlich war, dass Prof. Trenckmann jahrelang Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, war und hier beide Parte (Kunst und Medizin) wunderbar vereinigen konnte.
Nach erfolgreicher Facharztausbildung an der Universität Leipzig und der Psychotherapieausbildung in Berlin - 1979 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - arbeitete Prof. Trenckmann zunächst als alleiniger Lehrbeauftragter für Psychiatrie und Leitender Arzt der DDR in der Arbeitsgemeinschaft „Theorie und Geschichte der Psychiatrie“. Einer großen, auch wissenschaftlichen Karriere in der DDR schien nichts mehr im Wege zu stehen. Der Drang nach Freiheit auch im wissenschaftlichen Bereich war aber größer als die sichere Karriere. So beschäftigte sich Prof. Trenckmann auch mit der Geschichte der Psychiatrie im dritten Reich im Osten Deutschlands, was ihm von politischer Stelle bald untersagt wurde. Die schrecklichen Taten unter den Nazis fanden nach „DDR-Lehrmeinung“ nur im kapitalistischen Westen statt. Zunehmend erfuhr Prof. Trenckmann Einschränkungen, sein Drang nach Freiheit und Demokratie wurde immer größer. Seine Flucht über Russland wurde verraten, er kam in Haft und musste die volle Strafe, eine 15monatige Haftstrafe, abbüßen, eher er dann durch Bemühungen der Bundesregierung in die Bundesrepublik Deutschland entlassen worden ist.
Im Frühjahr 1984 erfolgte die Ausweisung aus der DDR, seitdem ist Prof. Trenckmann auch beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe beschäftigt. Seine wissenschaftliche Karriere setzte er in dem neu gegründeten Westfälischen Zentrum in Bochum, Universitätsklinik, fort. Zuvor war er einige Monate, da die Universitätsklinik in Bochum noch nicht fertig gestellt war, bei Prof. Dörner im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh als Funktionsbereichsleiter tätig.
In Bochum baute Prof. Trenckmann den Funktionsbereich der klinischen und sozialpsychiatrischen Abteilung neu auf. Als „Krisenmanager“ wur-

de Prof. Trenckmann am 03.12.1987 als Leitender Arzt nach Hemer in die Klinik abgeordnet. Die Klinik stand kurz vor dem „finanziellen Kollaps". Der überwiegende Anteil der Patienten waren chronifizierte Langzeiterkrankte, eine eigentliche Krankenhausbehandlung fand kaum noch statt, die Klinik drohte zum Pflegeheim zu werden. Mit nur fünf Ärzten begann Prof. Trenckmann den Umbau der Klinik hin bis zu einer modernen psychiatrischen Klinik. Herr Prof. Trenckmann war es, der die Enthospitalisierung der chronisch Kranken in Hemer vorantrieb, ein intensives Netzwerk mit Einrichtung im Märkischen Kreis aufbaute und so ambulante Therapieoptionen für die damaligen Patienten schaffte. Daneben strukturierte er die Klinik maßgeblich um, bildete Schwerpunktstationen wie die Abteilung für affektive Störungen, die als einige der wenigen universitären Einrichtung mehrfach zu den besten Stationen für die Behandlung depressiver Erkrankungen von der Zeitschrift „Focus" ausgezeichnet wurde. Herr Prof. Trenckmann wurde mehrfach unter den Top-Medizinern im Fach „Psychiatrie" für affektive Störungen im Focus ausgezeichnet. Wie bereits oben beschrieben, reduzierte sich Pflicht- und Vollversorgung der damaligen Landeskliniken deutlich, auch Hemer war davon betroffen. Durch den Ausbau von Spezialstationen gelang es Herrn Prof. Trenckmann aber neue Patienten-Gruppen für die Klinik zu rekrutieren und umfassende Behandlungsangebote zu implementieren. Die Klinik verfügt mittlerweile neben der Spezialabteilung für affektive Störungen auch über Spezialstationen, die nach dem DBT-Programm arbeiten, Spezialstationen für interkulturelle, Griechisch sprechende Patienten, Sucht und Psychose, Gerontopsychiatrie im Alter und störungsspezifische Psychotherapie. Mehrere Ambulanzen wurden am Standort Iserlohn gegründet, so die Allgemeinpsychiatrische und Gerontoneuropsychiatrische Ambulanz und zwei Tageskliniken. Neben dieser intensiven Arbeit als Ärztlicher Direktor erlangte er am 06.07.1988 die Lehrbefähigung und Venia legendi für das Fach „Psychiatrie" und wurde zum 01.12.1988 zum Ärztlichen Direktor der LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, ernannt. 1996 erfolgte die Facharztprüfung für Psychotherapeutische Medizin.

Seit dem 14.02.1997 ist Prof. Trenckmann außerplanmäßiger Professor der Ruhr-Universität Bochum. Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiet „Die Geschichte der Medizin" widmete er sich auch intensiv forensischer Fragestellungen und der Behandlung psychisch kranker Straftäter. 2007 war er einer der ersten Ärzte in Westfalen-Lip-

pe, der die neue Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“ von der Ärztekammer erhielt.
2004 wurde am Justizvollzugskrankenhaus des Landes Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg eine zunächst 30-Betten große psychiatrische Abteilung eröffnet. Diese wurde im Laufe der Jahre auf nunmehr 60 Betten ausgebaut. Die fachärztliche und pflegerische Bestellung erfolgt über die LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik.
1997 wurde erstmalig die „Dortmund-Hemeraner-Fachtagung“ ausgerichtet. Die Tagung beschäftigt sich seitdem jährlich mit spezifischen psychiatrischen Fragestellungen und seit dem Jahr 2006 auch als „Forensik im Diskurs“- Dortmund-Hemeraner-Tagung mit einem Fach-Tag zu forensischen Themen. Herr Prof. Trenckmann öffnete die Klinik im Rahmen der Entstigmatisierungsmaßnahmen für die Kunst. Dem Namensträger der Klinik entsprechend richtet die Klinik jährlich Vernissagen und Kunstausstellungen aus.
Zusammen mit verschiedenen Regisseuren aus der näheren Umgebung erfolgen Theaterprojekte mit Patienten, die auch außerhalb der Klinik auf Bühnen in Iserlohn und Menden aufgeführt werden. 1992 erfolgte erstmals ein Besuch in Polen, einer von Prof. Trenckmann geleiteten Delegation in der Klinik Woiwodschaft in Oppeln. Über die Jahre entwickelte sich eine intensive Partnerschaft zwischen den Kliniken mit beidseitiger positiver Beeinflussung für Patienten und Mitarbeiter. Herr Prof. Trenckmann baute aktiv sowohl die Deutsch-Polnische- als auch die Deutsch-Niederländische Gesellschaft mit auf. 2015 wurde Prof. Trenckmann aufgrund seiner Verdienste für die Deutsch-Polnische Partnerschaft zum Ehrenbürger von Schlesien ernannt.
Die Klinik kann Herrn Prof. Trenckmann für seine geleistete Arbeit nicht dankbar genug sein. Ohne seine Person würde die Klinik nicht dort stehen, wo sie heute steht - als modernes fachpsychiatrisches Krankenhaus. Gleichzeitig kann man an seinem „Lebenswerk“ wunderbar die Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete nachvollziehen. Herr Prof. Trenckmann geht dieses Jahr in den wohl verdienten Ruhestand. Ihm zu Ehren wird diese Festschrift veröffentlicht.
Alle Mitarbeiter und die Organisatoren der Dortmund-Hemeraner-Tagung wünschen ihm weiter gute Gesundheit, möge er weiter mit seinem Rat so aktiv der Psychiatrie und auch der Klinik zur Verfügung stehen und noch viele Jahre das Fach positiv mit beeinflussen.

Wirtschaftliches und fachliches Profil des psychiatrischen Krankenhauses in kommunaler Trägerschaft: Das Beispiel des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen

Meinolf Noeker

1 Kommunale Trägerschaft in der Kritik?

1.1 Gesundheitspolitische Debatte

Die kommunale Trägerschaft von Krankenhäusern ist über die letzten zwei Jahrzehnte einer vielstimmigen Kritik ausgesetzt gewesen. Manche verkürzende und vielfach interessensgeleitete „Analyse" hat das Klischee der vermeintlich schwerfälligen, bürokratischen kommunalen Klinik intoniert, die von fachfremden, ideologisch getriebenen Parteipolitikern wie eine bürokratische Behörde mehr verwaltet als gemanagt werde. Defizitäre Entwicklungen einzelner kommunaler Häuser entfachten vielerorts Privatisierungsdiskussionen. Die Lösungsperspektive einer Privatisierung erscheint demgegenüber als handfeste Strategie zur Befreiung eines unternehmerischen Managements von bürokratischer und politischer Übersteuerung, als Königsweg zur Beschleunigung von Entscheidungsprozessen, Optimierung von Bilanzergebnissen und Sanierung von Häusern mit Betriebsverlusten. Privatisierung wirkt verlockend, reduziert sie doch die Steuerung des Krankenhauses in einem komplexen Umfeld aus Marktwirtschaft und Planungsvorgaben. In Krisenzeiten suggeriert sie den Wiedergewinn von Handlungsfähigkeit mit einem einzigen Handstreich, der alles schon ordnen wird, wenn man nur den Mut aufbringt, diesen entscheidenden Schritt zu vollziehen. Kurz: Das Rezept Privatisierung verkauft sich als unternehmerisch fundiert und entscheidungsstark.

Gegenargumente wirken demgegenüber bedenkenträgerisch, strukturkonservativ und geleitet von einem Einknicken vor der örtlichen Politik und Arbeitnehmervertretungen. In diesem plakativen Diskurs wurde das kommunale Krankenhaus mancherorts in die Defensive getrieben, seine positiven Seiten wurden unkenntlich. Dies ist nicht ohne Wirkungen geblieben, auch nicht im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser. In Niedersachsen ist der Wechsel vom öffentlich-rechtlich verfassten, kommunalen zum privaten Krankenhaus vollzogen worden. Dort lassen sich mittlerweile Entwicklungen ablesen, die von den damaligen Entscheidungsträgern sicherlich so nicht vorhergesehen und erst recht nicht gewollt waren.
An vielen Standorten, an denen kommunale Kliniken, somatische wie psychiatrische, zunächst privatisiert wurden, wird diese Entscheidung von den Verantwortlichen vor Ort mittlerweile wieder bereut. Die Letztverantwortung der Kommune für die Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsfürsorge und damit der Krankenhausversorgung ist gesetzlich nicht disponibel. Versagen private Träger bei der Ausübung der gesundheitlichen Daseinsfürsorge, so fällt die Verantwortung automatisch auf die Kommune zurück, häufig mit schwierigeren Randbedingungen als vor dem Gang in die Privatisierung.
Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag die Frage der Zieldienlichkeit einer kommunalen Trägerschaft für die fachlichen, betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Ergebnisse eines psychiatrischen Krankenhauses. Zwei Untersuchungsebenen werden durchgängig verknüpft:

- eine allgemeine, trägerübergreifende, psychiatriepolitische Ebene und
- eine spezifischen Ebene, die zur Illustration das Beispiel des LWL-PsychiatrieVerbundes im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) heranzieht.

1.2 Das Beispiel LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Der LWL ist Träger des LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen (LWL-PV), der mit seinen elf erwachsenenpsychiatrischen und vier kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken umfassende stationäre, teilstationäre und ambulante Therapie und Pflege für Menschen mit psychischer Erkrankung bietet. Der LWL-PV trägt mit rund 6.500 Betten und Plätzen etwa die Hälfte der psychiatrischen Krankenhausversorgung für die 8,5 Mil-

lionen Einwohnerinnen und Einwohner in Westfalen-Lippe. Darüber hinaus bietet der LWL-PV vielfältige Leistungsangebote zur Rehabilitation (SGB VI), ambulante und stationäre Eingliederungshilfe (SGB XII) und Pflege (SGB XI) an. Diese umfassende Trägerkonstruktion eröffnet sinnvolle Synergien zwischen den einzelnen Sparten, beispielsweise für eine abgestimmte Behandlungs- und Betreuungskonzeption bei Personen mit psychischer Erkrankung und einem Übergang in seelische Behinderung und / oder körperliche Pflegebedürftigkeit.
Der LWL ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft ohne eigene Gebietshoheit in Nordrhein-Westfalen mit Sitz in Münster. Als überörtlicher Kommunalverband liegen seine Tätigkeitsschwerpunkte in Aufgaben, die zwar in kommunaler Verantwortung stehen, deren gebündelte Aufgabenwahrnehmung in einem überörtlichen Verbund aber besondere finanzielle und inhaltliche Synergieeffekte versprechen. Dies gilt auch für die psychiatrische Versorgung. Der LWL steht damit prototypisch für die Merkmale und das Selbstverständnis eines großen, kommunal getragenen Klinikverbundes. Die gesetzlichen und administrativen Bestimmungen der Trägerschaft des LWL für seine psychiatrischen Kliniken folgen in direkter oder analoger Weise den Regularien, die auch für kommunale Krankenhäuser im Eigentum der Kreise oder kreisfreien Städte gelten. Im Folgenden wird hier daher ebenfalls von kommunaler Trägerschaft gesprochen.

1.3 Historische Verankerung psychiatrischer Versorgung in kommunaler Daseinsfürsorge

Seit Gründung des LWL in Jahre 1953 und noch weiter zurückreichend bis zu seinem Vorgänger, dem Provinzialverband der preußischen Provinz Westfalen, stellt die psychiatrische Versorgung eine seiner wichtigsten Aufgaben dar. Diese lange regionale Tradition spiegelt deutsche Psychiatriegeschichte insgesamt. Im Jahre 2014 haben die LWL-Kliniken und -Einrichtungen Marsberg ihr 200-jähriges und die LWL-Klinik und -Einrichtungen Lengerich ihr 150-jähriges Jubiläum gefeiert. Beide Standorte weisen – wie alle anderen Klinikstandorte des LWL-PV auch - eine bemerkenswerte, ungebrochene Kontinuität öffentlich-rechtlicher Trägerschaft mit enormen politischen und gesellschaftlichen Umbrüchen auf. Nimmt man die Zeit der Verbrechen der Nazidiktatur gegenüber psychisch kranken Menschen einmal aus, so darf dies als Hinweis gese-

hen werden, dass es von den Anfängen der „Irrenfürsorge“ bis zur heutigen ausdifferenzierten psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinikversorgung bei allen Wechselfällen der Psychiatriegeschichte einen stabilen und überdauernden Grundkonsens gab, die öffentlich-rechtliche Trägerrolle in Kontinuität fortzuführen und sich gleichwohl in der inhaltlich-konzeptuellen Ausrichtung stetig neu zu aufzustellen.
Die Psychiatriegeschichte durchzieht ein konstantes Plädoyer für die kommunale Trägerschaft: Die Entstehung, der Verlauf und vor allem die Folgen psychischer Erkrankung betreffen unmittelbar kommunales Selbstverständnis und Aufgabenbestand. Seit der frühen Industrialisierung und der sozialen Verelendung der damaligen „Irren“ in den städtischen Quartieren und dem Aufbau der „Asyle“ als Anstalten auf dem Lande ist die Fürsorge für Menschen mit psychischer Krankheit und Abweichung ist nicht von der allgemeinen sozialen und gesundheitlichen Daseinsfürsorge zu trennen. Die Verletzlichkeit, Hilflosigkeit und die Ausgrenzungsrisiken, die mit psychischer Erkrankung in besonderer Weise einhergehen, verlangen öffentlich-rechtliche „Fürsorge“, die man nicht unbedacht und risikolos an private Träger abtreten darf. Freigemeinnützige Träger, die auf der Basis eines christlichen Ethos ebenfalls eine fürsorgerische Ausrichtung versprechen, wurden historisch ebenfalls mit dieser Aufgabe betraut. Dies gilt unabhängig davon, ob die Fürsorge je nach „Zeitgeist“ dem Konzept der sozialen Integration oder - häufiger -des gesellschaftlichen Ausschlusses folgte (vgl. Walter, Bernd, 1996: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime).
Ungeachtet der medizinisch-psychiatrischen Krankenbehandlung im engeren Sinne waren und sind es die Kommunen, die unmittelbar mit den sozialen und arbeitsbezogenen Folgewirkungen psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung konfrontiert sind und diese zu „ordnen“ haben. Die Kontinuität kommunaler Trägerschaft für die psychiatrische Versorgung von ihren Anfängen bis heute verweist auf diese untrennbare Verflechtung von spezifischer professioneller Krankenbehandlung einerseits und allgemeiner sozialer und gesundheitlicher Fürsorge andererseits. Politisch verantwortungsvoll gilt es daher, diese historisch durchgängige Klammer nicht fahrlässig aus Gründen des kurzzeitigen Krisenmanagements aufzulösen, ohne vorher die vielfachen sozialen und fiskalischen Rückwirkungen auf die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung zu bedenken und durchzuprüfen. Die historisch langzeitig entwickelte Verknüpfung von Psychiatrie und kommunaler Sozialpo-

litik mahnt, die Bewertung der psychiatrischen Trägerrolle nicht auf einen numerischen Vergleich der Jahresergebnisse kommunaler Kliniken im Vergleich zu privaten Kliniken zu reduzieren. Die Frage der jeweiligen Zieldienlichkeit der unterschiedlichen Trägermodelle weist damit weit über den Benchmark betriebswirtschaftlicher Kennzahlen hinaus.

2 Zieldienliche Psychiatrie: Ausrichtung am Interesse des Bürgers, Steuerzahlers und Patienten

2.1 Umsatzrendite als alleiniges Kriterium für den Trägervergleich: Erkenntnis und Interesse

Bevor man einen Vergleich kommunaler, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft anstellt, gilt es, sich hinreichend Klarheit zu verschaffen, an welchen Kriterien man ein „gutes“ bzw. ein „erfolgreiches“ Krankenhaus bemisst. Dies schließt die notwenige Klärung ein, aus wessen Nutzenperspektive ein Vergleich erfolgt, konkret: des Shareholders oder des nutzenden und finanzierenden Bürgers.

Aus der Perspektive privatwirtschaftlich agierender Krankenhauskonzerne reduziert sich die Bewertung ihrer Kliniken - vollkommen analog zur Bewertung anderer Unternehmensbranchen - auf betriebswirtschaftliche Endpunkte wie Umsatzrendite, damit Höhe der Gewinnausschüttung an die Shareholder und – bei Aktiengesellschaften – auf die Kursentwicklung. Patientenorientierte Kriterien wie Behandlungsqualität oder Investitionen in Infrastruktur stehen letztlich in einer Mittel-Zweck-Relation zu diesen betriebswirtschaftlichen Endpunkten. Dies mag auf den ersten Blick nicht vorwerfbar erscheinen, unterwirft aber auch beispielsweise die Frage der Patientenselektion bzw. Patientenüberweisung ebenfalls diesem primär betriebswirtschaftlichen Kalkül. Auch patientenbezogene Parameter werden letztlich ebenfalls danach beurteilt, ob sie über das kurzfristige Jahresergebnis hinaus für die mittelfristige Ergebnisprognose final zieldienlich sind oder nicht. Dieses wird in manchen Konstellationen der Fall sein, in anderen nicht. Ebenso stellen regionalwirtschaftliche, beschäftigungspolitische und volkswirtschaftliche Auswirkungen des eigenen Handelns keine belastbaren Entscheidungskriterien dar. Nachteilige Wirkungen der eigenen Geschäftspolitik auf solche Endpunkte bleiben im Wesentlichen unbeachtet und werden „sozialisiert“.