

# Gemeindenähe – eine sozialpsychiatrische Leitidee: Erfahrungen im Kanton St. Gallen

Hanspeter Wengle

Psychiatrische Klinik St. Pirminsberg 7312 Pfäfers

## 1. Einleitung

Die Entwicklung der Psychiatrie der letzten zwanzig Jahre ist gekennzeichnet durch den Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste. Eines der zentralen Anliegen der Sozialpsychiatrie ist die gemeindenähe Versorgung, das heisst, die Behandlung so nahe wie möglich am Patienten [1, 2]. Diese Gemeindenähe wurde im allgemeinen durch die Sektorisierung der sozialpsychiatrischen Versorgung realisiert (Übersicht siehe 3). In autonomen Versorgungsgebieten wurden Behandlungsketten von stationären, halbstationären und ambulanten Angeboten geschaffen. In der Schweiz ist das Modell der Sektorisierung z.B. im Kanton Waadt [4] und Bern [5] mehr oder weniger konsequent durchgeführt worden. Träger der sozialpsychiatrischen Institutionen sind in der Schweiz in der Regel die Kantone als Verantwortliche für das Gesundheitswesen.

Mitte der 60er Jahre beschränkte sich die psychiatrische Versorgung im Kanton St. Gallen auf die stationären Angebote der beiden kantonalen Kliniken Pfäfers und Wil. Ambulante Hilfe gaben einige wenige niedergelassene Psychotherapeuten in der Stadt St. Gallen und im beschränkten Mass auch die Kliniken. Vor allem die ländlichen Regionen waren auf Hausärzte und kirchliche Dienste angewiesen. 1969 verabschiedete die Legislative des Kantons den Bericht über Möglichkeiten zur Intensivierung der Gesundheitspolitik (aktive Gesundheitspolitik) [6]. Dieser Bericht wird getragen vom Gedanken der Prävention. Er fordert z.B. einen Gesundheitsunterricht in der Schule und schlägt Massnahmen zur Verhütung von sogenannten Volks- und Zivilisationskrankheiten vor. Zwei der einundfünfzig Seiten dieses Berichtes postulieren zum Schutze der psychischen Gesundheit den Aufbau von regionalen psychiatrischen Beratungsstellen. Der Bericht zur aktiven Gesundheitspolitik leitete den Aufbau des sozialpsychiatrischen Dienstes des Kantons St. Gallen ein, der 1970 begann und 1983 vorläufig abgeschlossen wurde.

Die Initiatoren des Sozialpsychiatrischen Dienstes gingen davon aus, dass die vom Bericht für eine aktive Gesundheitspolitik geforderte Prävention am wirksamsten durch regional möglichst stark verankerte

Beratungsstellen zu erreichen sei. Sie machten sich damit eine der Grundforderungen der Sozialpsychiatrie, die Gemeindenähe, zu eigen. Es wurden Regionalvereine gegründet, die in einem Kantonalverein zusammengefasst mit Hilfe des Gesundheitsdepartementes den sozialpsychiatrischen Dienst aufbauten und betrieben. Im Gegensatz etwa zu den Kantonen Waadt oder Bern wurde die sozialpsychiatrische und klinische Versorgung des Kantons St. Gallen nicht sektorisiert. Es wurden keine autonomen Versorgungsgebiete mit stationären, halbstationären und ambulanten Angeboten geschaffen. Der Sozialpsychiatrische Dienst entwickelte sich gewissermassen als kantonaler Dienst mit einer eigenen Zentrale und mit eigenem Chefarzt parallel zu den Kliniken. Ausgehend von den politischen Bezirken konstituierten sich Regionalvereine als Träger von sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, die eine Bevölkerung von 40 bis 80000 Einwohner versehen. Im Kanton St. Gallen wurde die Gemeindenähe nicht nur durch organisatorische Massnahmen zu erreichen versucht, indem die Beratungsstellen dezentral organisiert wurden, wie das üblicherweise in sektorisierten Kantonen geschieht. Der Kanton St. Gallen strebte auch eine politische Verankerung der Beratungsstellen durch die Gründung von Regionalvereinen an. Diese durch organisatorische und politische Verankerung besondere Art der Gemeindenähe entwickelte sich in einem dialektischen Feld. Auf fachlicher Ebene brachte die Dezentralisierung den Beratungsstellen eine hohe Autonomie. Dieser Autonomie wurde gewissermassen als Gegengewicht eine Unité de Doctrine gegenübergestellt: der SPD wird als zentraler Dienst für den ganzen Kanton durch einen Chefarzt und die Zentrale geführt. Auf politischer, struktureller und organisatorischer Ebene steht dem grossen Einfluss der regionalen Träger der Einfluss des Kantons gegenüber, der den sozialpsychiatrischen Dienst zu 60–80% finanziert. Über die Erfahrungen mit dieser besonderen Gemeindenähe, die in einem speziellen politischen Kontext verwirklicht wurde, soll aus der Sicht des Chefarztes des Sozialpsychiatrischen Dienstes berichtet werden.

## 2. Der heutige Stand

Wie aus der Abbildung 1 ersichtlich, bestehen sechs Beratungsstellen (Wil, St. Gallen, Heerbrugg, Sargans, Uznach, Wattwil), eine Zentrale, die in der Psychiatrischen Klinik Wil eingemietet und eine Drogen-

Ohne die Mithilfe von J. Fässler, Kantonalvereinspräsident des Sozialpsychiatrischen Dienstes, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

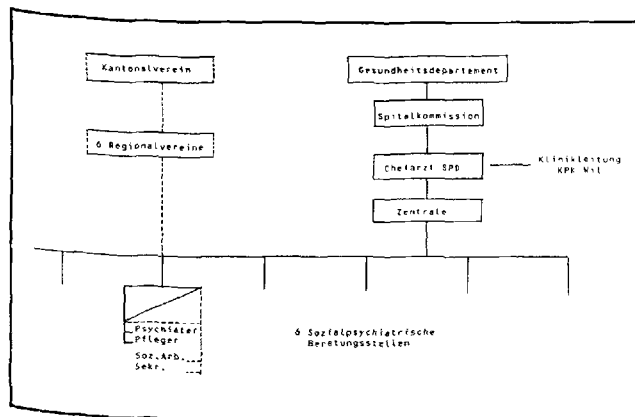


Abb. 1. Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons St. Gallen für Erwachsene (vereinfacht).

beratungsstelle in der Stadt St. Gallen, die mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst assoziiert ist [7]. Die Beratungsstellen leisteten 1985 12126 Konsultationen bei 1975 Patienten und erstellten 235 Gutachten [8]. Die Beratungsstellen werden von einem Sozialarbeiter, einem Pfleger und einem voll- oder teilzeitlich beschäftigten Psychiater betrieben. Dazu kommt jeweils eine Sekretariatsstelle. Die fachliche Verantwortung liegt beim Chefarzt, Fragen der Öffentlichkeitsarbeiten werden in den Regionen entschieden. Der Stellenplan umfasst 10 Ärzte, 1 Psychologen, 11 Sozialarbeiter, resp. Drogenberater, 6 Pfleger und 8 Sekretärinnen. Die Gehälter der Pfleger und Psychiater und der Angestellten der Zentrale werden durch die Klinik Wil abgerechnet. Die Aufwendungen dafür und der Stellenplan laufen über das Budget der Psychiatrischen Klinik Wil und unterstehen damit dem direkten Einfluss des Gesundheitsdepartementes des Kantons. Die Aufwendungen für die Gehälter der Sozialarbeiter und Sekretariate, der Miete der Beratungsstellen wird durch die Regionalvereine finanziert. Neben pro Kopf-Beiträgen der Gemeinden erhält der Regionalverein auch Beiträge in der Höhe von ca. Sfr. 60'000.– pro Jahr vom Kantonalverein für Sozialpsychiatrie, dessen Mittel wiederum vom Gesundheitsdepartement stammen. Der Kanton belässt die Einnahmen für ärztliche Leistungen der Beratungsstellen den Regionalvereinen. Die Gesamtaufwendungen für den Sozialpsychiatrischen Dienst für Erwachsene betragen zirka 3,7 Millionen Franken [7]. Die Funktion der Beratungsstellen hat sich je nach bestehendem Versorgungsangebot sehr individuell entwickelt. In ländlichen Verhältnissen ist die Beratungsstelle Primär- und Sekundärversorger, in städtischen Verhältnissen vorwiegend Sekundärversorger. Während des Ausbaus des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat sich die Bettenzahl der Psychiatrischen Kliniken um zirka 400 Betten reduziert.

### 3. Die Gemeindenähe und ihre Folgen

Nach 17jähriger Erfahrung stellt sich die Frage, inwiefern weit die Gemeindenähe als fundamentales Anliegen

der Sozialpsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons St. Gallen hat verwirklicht werden können und welche Auswirkungen die starke organisatorische und politische Verankerung der Beratungsstellen in den Regionen hatte.

#### 3.1. Die Beratungsstellen

Auch wenn die jüngste Beratungsstelle erst vier Jahre alt ist, so besteht kein Zweifel, dass psychisch kranke Menschen im Kanton St. Gallen heute viel leichter psychiatrische Hilfe erhalten als vor 17 Jahren. Die Beratungsstellen stehen durchwegs unter Nachfragedruck. Die somatischen Spitäler des Kantons, Einrichtungen der Suchtbehandlung und des Strafvollzugs werden konsiliarisch versorgt. Trotz Regionalisierung des sozialpsychiatrischen Angebotes benutzen, wie schon Dilling [9] für Oberbayern beschreibt, Patienten aus den Standortgemeinden die Beratungsstellen wesentlich häufiger als aus den Randgemeinden der Versorgungsgebiete. Gemeindenähe, Bedarf und Geographie des Kantons verlangen kleinere Versorgungseinheiten. Die notwendigen Mittel stehen dafür zur Zeit nicht zur Verfügung. In den Regionen macht sich allgemein Widerstand gegen noch mehr soziale Einrichtungen bemerkbar. Die Stimmung geht eher in Richtung Integration der bestehenden sozialen und sozialmedizinischen Angebote.

Gemeindenähe ist aber nicht nur ein organisatorisches Prinzip sondern hat auch mit der inneren Verbundenheit der Mitarbeiter mit der Region zu tun. Diese Verbundenheit hängt stark vom Anstellungsverhältnis ab. Die Sozialarbeiter verstehen sich am ehesten als regionale Versorger. Sie sind von den Regionalvereinen angestellt, arbeiten mehr oder weniger vollzeitlich, wechseln relativ am wenigsten die Stelle und nehmen am ehesten Wohnsitz in der Region. Am problematischsten ist die Integration der Psychiater. Sie betrachten ihre Arbeit als Ausbildung im Hinblick auf eine eigene Praxis und, im Gegensatz zu Sozialarbeitern und Pflegern, als Tätigkeit auf Zeit. Sie sind von der Zentrale angestellt und oft nur teilzeitlich hier auf der Beratungsstelle tätig. Für ihre Weiterbildungen sind sie stark nach der Zentrale orientiert, sie wohnen in der Regel in den grossen Zentren.

#### 3.2. Integration der Beratungsstellen ins bestehende Versorgungsnetz

Die Integration der Beratungsstellen in die bestehende (somatische) medizinische Versorgung gelang unterschiedlich gut. In den ländlichen Gebieten hat sich mit zirka einem Drittel der niedergelassenen Kollegen eine sehr gute Zusammenarbeit entwickelt. Die Beratungsstellen konnten die psychiatrische Kompetenz dieser Kollegen fördern. Umgekehrt steigerten diese Kollegen durch gute Überweisungen die Effizienz der Beratungsstellen. Eine ganze Reihe konsiliarischer Kontakte etablierte sich zu den somatischen Spitalern. In den städtischen Regionen wird die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle als Ergänzung einer ganzen

Palette psychosozialer Angebote verstanden. Intensive Kollegenkontakte sind dort eher selten. In den meisten Trägervereinen sind Mediziner vertreten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat sich in bezug auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung komplementär entwickelt. Die Klienten sind verschieden. Die Zusammenarbeit ist unterschiedlich. Vor allem in städtischen Verhältnissen mit ihrem mittlerweile guten psychotherapeutischen Angebot betreuen die Beratungsstellen in der Regel schwerstgestörte und oft auch chronische Patienten.

Die Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Psychiatrischen Kliniken ist trotz gegenseitigen Bemühungen mangelhaft geblieben. Zwar hat der Chefarzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes Einsitz in der Klinikleitung Wil; die Verbindung an der Basis ist aber nach wie vor problematisch und funktioniert am ehesten aufgrund persönlicher Beziehungen. Ideologische, geographische, institutionelle und organisatorische Gründe spielen mit. Manche Regionen hospitalisieren ihre Patienten mangels Sektorisierung sowohl in der Nordklinik Wil, wie auch in der Südklinik Pfäfers, was die Zusammenarbeit zusätzlich erschwert.

### 3.3. Der Regionalverein

Um den Aufbau der Beratungsstellen möglichst zu fördern, wurde darauf geachtet, möglichst viele Gemeindevertreter und möglichst prominente Private aus der Region zum Beitritt in den Regionalverein zu gewinnen. Die Leitung der Regionalvereine wird, von Ausnahmen abgesehen, von Gemeindepolitikern massgeblich mitbestimmt. Die Träger der Regionalvereine dienen als Identifikationsfiguren für die Bevölkerung, nehmen der psychischen Krankheit ein Stück ihres Odiums und geben der Sozialpsychiatrie im Bewusstsein der Bevölkerung Status und Seriosität. Die Regionalvereine sorgen dafür, dass ihre Aktivitäten in der Presse ihren Niederschlag finden. In einem ständigen Prozess der Öffentlichkeitsarbeit haben die Regionalvereine eine überaus wichtige Funktion. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen allein hätten wesentlich weniger Durchschlagskraft.

Die Gemeindevertreter bringen neben ihren Verwaltungskennntnissen ein Moment der Realitätskontrolle mit ein. Sie können gut einschätzen, was in einer Region zum Beispiel in bezug auf Öffentlichkeitsarbeit machbar ist. Oft versehen die Gemeindevertreter noch andere soziale Funktionen in der Region, zum Beispiel im Rahmen der Vormundschaftsbehörde oder der Sozialämter. Sie sind einer ganz unmittelbaren Kontrolle der Bevölkerung ausgesetzt. Angehörige von Patienten zum Beispiel setzen sich mit dem Regionalverein direkt in Verbindung, um ihre Anliegen vorzubringen. Abgesehen von Anfangsschwierigkeiten hat aber erstaunlich wenig Einmischung in die fachlichen Angelegenheiten der Beratungsstellen stattgefunden. Der medizinische Charakter der Beratungsstellen wird anerkannt und die ärztliche Schweigepflicht im allgemeinen nicht in Frage gestellt.

Die hohe Präsenz der Gemeindevertreter hat zu einer gewissen Verwaltungsmentalität geführt. Initiativen der Beratungsteams werden eher von Privaten aufgenommen und gefördert. Gemeindevertreter repräsentieren eher den Aspekt der Kontrolle. Sie achten darauf, sich in der Region nicht allzustark zu exponieren und sind deshalb weniger risikofreudig. Vor allem aber sind die Gemeindevertreter machtbewusst und im politischen Taktieren sehr erfahren. Was in der Aufbauphase von Vorteil war, erweist sich in der Konsolidationsphase des Dienstes aus der Sicht des Chefarztes als problematisch.

### 3.4. Das Spannungsfeld zwischen regionaler und zentraler Interessen

Obwohl der Kanton den ganz überwiegenden Teil zum Budget des Sozialpsychiatrischen Dienstes beiträgt und damit eigentlich das Sagen hat, ist die Macht der Regionalvereine beträchtlich. Sie beruht vor allem darauf, dass der Kanton aus politischen Gründen nichts gegen den Willen der Regionalvereine ändern oder gar durchsetzen will. Allerdings hat der Kanton dafür gesorgt, dass die Regionalvereine möglichst geringen Einfluss auf strategische Entscheidungen im SPD haben. Der Kantonalverein, theoretisch der Repräsentant der Regionalvereine, ist so zusammengesetzt, dass er als Führungsinstrument ungeeignet ist. Der Einfluss der Regionen beruht auch darauf, dass durch die Regionalisierung der Beratungsstellen Organisationseinheiten hoher Autonomie entstanden sind. Die langen Reisewege im Kanton sorgen ausserdem dafür, dass der Einfluss des Chefarztes beschränkt bleiben muss.

Der Kanton kontrolliert den Sozialpsychiatrischen Dienst via dessen Budget und Stellenplan, beides Bestandteile des Budgets der Klinik Wil, und via direkte Beiträge an den Kantonalverein. Es besteht also eine Doppelhierarchie via Klinik Wil, respektive Kantonalverein (siehe *Abb. 1*).

An der Schnittstelle im Spannungsfeld zwischen Region und Kanton arbeiten der Präsident des Kantonalvereins und der Chefarzt des Dienstes. Sie müssen gewissermassen in Vertretung des Gesundheitsdepartementes sich unmittelbar mit den Regionalvertretern bezüglich *Unité de Doctrine*, Mittelzuteilung und Organisation auseinandersetzen. Für den Chefarzt bedeutet dies, dass er ins Machtspiel zwischen Region und Kanton mit einbezogen wird und seine fachlichen Anliegen leicht Opfer von politischen Auseinandersetzungen werden. Auch dienstinterne Auseinandersetzungen gehen leicht in dieses Machtspiel ein. So war zum Beispiel die fachliche Unterstellung der Sozialarbeiter unter den Chefarzt, 1985 vom Chefarzt verlangt, von den Regionen trotz Opposition der Sozialarbeiter unbestritten. Dennoch konnten sich nicht alle Regionalvereine entschliessen, diese Unterstellung zu officialisieren und damit ein Stück regionale Autonomie im Interesse des Ganzen an den Kanton abzutreten.

Auch auf der Ebene der Mitarbeiter eines Beratungsteams tritt die Spannung zwischen partikulären und übergeordneten Interessen zutage. Die Sozialarbeiter, von der Region angestellt, taktieren je nach Interessenlage entweder mit dem Chefarzt oder mit dem Regionalverein, um ihren Einfluss und Autonomie zu erhöhen.

### 3.5. Organisatorische und strukturelle Probleme

Die Geographie des Kantons und die heutige Organisation des Dienstes verursachen lange Wege und damit hohe Arbeitszeitverluste. Mitarbeiterspesenabrechnungen über 10'000 Autokilometer pro Jahr sind nichts Aussergewöhnliches. Die Regionalisierung erfordert eine hohe Autonomie der Beratungsstelle. Ihre Führung, fachliche Anleitung und Kontrolle durch den Chefarzt ist sehr erschwert. Die Integration des Chefarztes des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Leitung der Klinik Wil hat dazu geführt, dass sich der Dienst vorwiegend nach Norden orientiert. Der Südteil des Kantons wird vernachlässigt und die Kontakte zur Südklinik Pfäfers belastet.

Unklare Kompetenzabgrenzungen, der lange Instanzenweg und politische Einflussnahme machen die Entwicklung des Sozialpsychiatrischen Dienstes sehr schwerfällig. Der Chefarzt hat in vielen Fragen keinen direkt verantwortlichen Gesprächspartner. Vor allem die Doppelhierarchie (siehe *Abbildung 1*) via Klinikleitung Wil, respektive den Kantonalverein und die Spannung zwischen regionalen und zentralen Interessen erschweren letztlich die Arbeit mit dem Patienten. Eine Konsensfindung erfordert die Zustimmung von sechs Regionalvereinen, dem Kantonalverein, dem Chefarzt, der Spitalkommission Wil und den sechs Beraterteams. Die Kompetenzabgrenzung zwischen der Spitalkommission Wil, die weitgehend die Mittelzuteilung kontrolliert, und dem Kantonalverein sind unklar. Ebenso unklar ist die Kompetenzabgrenzung zwischen Kantonal- und Regionalvereinen. Es ergibt sich daraus die paradoxe Situation, dass die Unité de Doctrine auf allen Stufen gefordert wird, gleichzeitig aber Strukturen geschaffen worden sind, die eben diese Unité stark behindern. Weiter ergibt sich, dass die Regionen zwar einen hohen Autonomiegrad geniessen, gleichzeitig aber wenig Möglichkeiten haben, auf strategische Entscheide im Sozialpsychiatrischen Dienst einzuwirken.

### 4. Die Weiterentwicklung

Die Probleme, die die heutige Organisation mit ihrer grossen Gemeindenähe gebracht hat, haben sich vor allem in den Arbeitsbereichen des Kantonalvereinspräsidenten und Chefarztes bemerkbar gemacht. Durch die ständige Vergrösserung des Dienstes zeichnet sich ab, dass der Chefarzt überfordert wird und der Dienst in Immobilismus erstarbt. Kantonalvereinspräsident und Chefarzt ergriffen daher 1984 die Initiative und veranlassten in einer Leitbilddiskussion die

Analyse von Führungs-, Struktur- und Organisationsproblemen.

Das Leitbild verlangt auf fachlicher und Führungsebene in Abstimmung mit den Versorgungsgebieten beider Psychiatrischen Kliniken eine Art Sektorsierung. Auf betrieblicher Ebene soll durch eine Betriebskommission mit Vertretern des Kantons, der Region und der ärztlichen Leitung die bestehende Doppelhierarchie beseitigt und die Entscheidungswege verkürzt werden. Die Regionalvereine sehen ihre Einflussmöglichkeiten auf die Beratungsstellen beschnitten, hätten aber bedeutend mehr Einfluss auf strategische Entscheidungen als heute. Nach beinahe dreijähriger Diskussion ist unklar, ob das Leitbild verabschiedet werden kann. Die Stellungnahme der Regionalvereine wird darüber entscheiden, ob und wie aktiv das Gesundheitsdepartement die vorgeschlagene Weiterentwicklung des Sozialpsychiatrischen Dienstes unterstützt.

### Zusammenfassung

Im Kanton St.Gallen wurde der Sozialpsychiatrische Dienst nicht nur organisatorisch durch Dezentralisation regional verankert wie in sektorsierten Kantonen üblich sondern auch politisch. Regionalvereine sind für Finanzen und Betrieb der Beratungsstellen zuständig. Nach 17 Jahren wird über die Erfahrungen mit dieser besonderen Art der Gemeindenähe berichtet.

### Summary

#### Decentralized treatment - a fundamental principle of Community psychiatry: The St.Gallen experience

In the St. Gallen county community care was not only organised in a decentralized way but also was anchored regionally by political means. Regional societies and community politicians are responsible for organizing and funding community care. After 17 years of experience, some of the consequences of this direct political influence on community care are reported.

### Résumé

#### Traitement décentralisé - un principe fondamental de la psychiatrie sociale: l'expérience du canton de St.Gall

Au canton de St.Gall les services sociopsychiatriques non seulement ont été décentralisés mais sont organisés et financés par des sociétés régionales contrôlées par des politiciens régionaux. Après une expérience de 17 ans, quelques conséquences de cet influence politique sur les services sociopsychiatriques sont rapportées.

### Literaturverzeichnis

- [1] Langsley D.G.: Community Psychiatry. In: Kaplan H. I. et. al., ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry IV. Baltimore: Williams + Wilkins 1985: 1878-99
- [2] Uchtenhagen A.: Sozialpsychiatrie. In: Battegay R. et. al., Hrg. Handwörterbuch der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, 1984: 510-7.
- [3] Bauer M.: Sektorsierte Psychiatrie. Stuttgart: Enke, 1977
- [4] La psychiatrie publique vaudoise: Situation actuelle et évolution possible. Lausanne: Service de la santé publique et de la planification sanitaire: 1984
- [5] Ulrich W.: Planung und Evaluation der Sozialpsychiatrie im Kanton Bern. Schweizerische Ärztezeitung 1987; 68: 57-63
- [6] Bericht des Regierungsrates über Möglichkeiten einer Intensivierung der Gesundheitspolitik (aktive Gesundheitspolitik). Grosser Rat des Kantons St. Gallen: 1969
- [7] Kantonalverein für Sozialpsychiatrie: Leitbild Wil: 1985
- [8] Kantonale Psychiatrische Klinik Wil. 94. Jahresbericht 1985
- [9] Dilling H., Weyerer S., Castell R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke, 1984