

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ — auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie“ der Bundesregierung

Inhaltsangabe

	Seite
A. Einleitung	3
B. Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission	7
1. Grundsätzliche Empfehlungen zur psychiatrischen Versorgung	7
1.1 Gemeindeintegration und politische Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften	7
1.2 Gemeindepsychiatrischer Verbund	7
1.3 Koordination	7
2. Allgemeinpsychiatrische Versorgung	9
2.1 Versorgungs-Elemente	9
2.1.1 Krankenhaus/Abteilung	9
2.1.2 Niedergelassener Nervenarzt	10
2.1.3 Tagesklinik	11
2.1.4 Institutsambulanz	11
2.1.5 Sozialpsychiatrische Dienst	12
2.1.6 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätten ..	12
2.1.7 Natürliche Hilfspotentiale	13
2.1.8 Beschützte Wohnangebote	13
2.1.8.1 Einzel- und Gruppenwohnformen	13

	Seite
2.1.8.2 Übergangseinrichtungen	13
2.1.8.3 Wohnheime	14
3. <i>Rehabilitation, Arbeit und Berufsförderung</i>	14
4. <i>Aspekte der Versorgung spezieller Gruppen</i>	16
4.1 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche	16
4.2 Psychisch kranke alte Menschen	19
4.2.1 Versorgungssituation	19
4.2.2 Heim- und Pflegebereich	19
4.3 Abhängigkeitskranke	20
4.4 Neurotisch und psychosomatisch Kranke	22
5. <i>Aus-, Weiter- und Fortbildung</i>	23
6. <i>Bemessung des Personalbedarfs im außerstationären Bereich</i>	24
7. <i>Legislative Änderungsempfehlungen</i>	24
7.1 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG)	25
7.2 Bundessozialhilfegesetz	26
7.3 Arbeitsförderungsgesetz	26
C. Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung	27
 Anlage	
Zusammenfassung der Empfehlungen der Expertenkommission	28

A. Einleitung

Ende der 60er Jahre und in die 70er Jahre hinein verschärfte sich die öffentliche Kritik an der psychiatrischen Versorgung und spitzte sich auf die Forderung zu, den untragbaren Verhältnissen mit einer grundlegenden Reform der psychiatrischen Versorgung zu begegnen.

Ganz im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen stand die Situation in den psychiatrischen Großkrankenhäusern, insbesondere ihre dezentrale Lage, ihre ständige Überlastung und die höchst unzureichende Differenzierung ihres Versorgungsangebots. Hinzu kam eine damals noch äußerst geringe Dichte nervenärztlicher Praxen bei erschreckender Unterversorgung besonders ländlicher Bereiche. Strukturell machte sich das Fehlen von ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen mit regionalem Einzugsgebiet im Felde zwischen den beiden tragenden Versorgungssäulen ärztliche Praxis einerseits und stationärem Bereich andererseits ausschlaggebend bemerkbar.

Der Deutsche Bundestag hat auf seiner 130. Sitzung mit Beschluß vom 23. Juni 1971 den Auftrag erteilt, eine Kommission zur Erarbeitung einer Enquête über die Reform der Psychiatrie einzusetzen. Deren Bericht wurde vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit am 25. November 1975 dem Deutschen Bundestag zugeleitet (BT-Drucksache 7/4200). Er beschrieb die bestehende Situation ausführlich und machte umfangreiche und teilweise bis ins Detail gehende Vorschläge für die notwendige Reform der psychiatrischen Versorgung. Die von der Expertenkommission für diese Reform aufgestellten Grundprinzipien:

- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung,
- das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
- das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste,
- das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken,

wurden seinerzeit von der Bundesregierung, den Ländern und Gemeinden sowie den mitwirkenden und beteiligten Gesellschaften, Institutionen und Leistungserbringern weitgehend anerkannt, wobei jedoch vielen klar war, daß eine so umfangreiche und anspruchsvolle Reform nur schrittweise vollzogen werden konnte.

Das grundlegende Ziel der Reform bestand darin, von einer verwahrenden zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie zu kommen.

Dabei war klar, daß dies nicht allein durch Sanierungsmaßnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern zu erreichen war. Es fehlte ein Bereich zwi-

schen ärztlich-ambulanter und klinischer Versorgung, der mit differenzierten und gestuften Hilfen in Form komplementärer Dienste und Einrichtungen auf ein flächendeckendes „Versorgungsnetz“ hinzielte. Dieser Versorgungsbereich mußte im Zuge der Reform entwickelt und aufgebaut werden.

Die Bundesregierung trug entscheidend dazu bei, dem maßgeblichen Impuls der Enquête zum Durchbruch zu verhelfen. Von 1980 bis 1985 führte die Bundesregierung unter Federführung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit mit insgesamt 186,5 Mio. DM ein großes Modellvorhaben mit 6 beteiligten Bundesländern durch. Es sollte mit einem Kostenaufwand von 93 Mio. DM in 14 städtischen und ländlichen Regionen jenes beschriebene Netz von Versorgungseinrichtungen zwischen niedergelassenem Nervenarzt und stationärer Einrichtung entwickeln und erproben, in dem der Vernetzungscharakter der unterschiedlichen Dienste von grundlegender Bedeutung war, um damit Erkenntnisse über den Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten zu gewinnen.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erhielt Modellmittel in Höhe von 44,1 Mio. DM für ergänzende Maßnahmen im stationären Bereich und darüber hinaus weitere Mittel in Höhe von 15,4 Mio. DM für investive Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

Für die wissenschaftliche Begleitung, Erhebungen und Beratungen vor Ort, für die Beraterkommission, Erarbeitung und Druck der Berichtsbände sowie verwaltungsmäßige Abwicklung wurden 34 Mio. DM eingesetzt.

Die Fördermaßnahmen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung im stationären Bereich waren eine notwendige flankierende Unterstützung für die Entwicklung des außerstationären Bereiches.

Die wissenschaftliche Begleitung des „Modellvorhaben zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (kurz: Modellprogramm „Psychiatrie“) wurde der Prognos AG, Europäisches Zentrum für Angewandte Wirtschaftsforschung, Büro Köln, übertragen. Der 1986 vorgelegte Bericht wurde in zwei Bände gefaßt: im ersten Band wurde in fünf Teilbänden das Modellprojekt beschrieben und im zweiten Band die mögliche Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter dargestellt.

Von September 1979 bis Dezember 1986 wurde das Modellprogramm von einer vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit eingesetzten Beraterkommission begleitet. Die Beraterkommission arbeitete in 5 Arbeitsgruppen (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitskranke, Kinder-

und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie-Psychosomatik).

Parallel dazu war ein Kosten- und Finanzierungsausschuß unter Leitung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung tätig. In ihm waren Vertreter des Bundes und der Länderregierungen, der Leistungs- und Einrichtungsträger und verschiedene Verbände damit beauftragt, die sich aus den Reformvorschlägen ergebenden finanziellen Konsequenzen darzustellen, die Anschlußfinanzierung nach Beendigung des Modellprogramms zu klären und Lösungsvorschläge für die ungeklärten und unbefriedigend geregelten Kosten- und Finanzierungsfragen zu erarbeiten.

In mühsamen Beratungen hat dieser Ausschuß im Herbst 1985 das Anforderungsprofil für die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte vorgelegt.

Es wurde zur Grundlage der „Empfehlungsvereinbarungen über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte — Empfehlungsvereinbarung RPK —“.

Es entsprach den Überlegungen der Bundesregierung, daß die Mitglieder der Beraterkommission, in der auch die Nervenärzte vertreten waren, den Vorschlag machten, nach Vorlage des Berichtes der wissenschaftlichen Begleitung in den Modellregionen durch Prognos, eine Beurteilung der Ergebnisse und Perspektiven abzugeben. Die aus der Beratergruppe und weiteren Mitgliedern gebildete Expertenkommission hat am 11. November 1988 ihren Bericht: „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich — auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung“ vorgelegt, der im Mittelpunkt dieser Stellungnahme steht.

Die Bundesregierung wiederholt an dieser Stelle ihren Dank und ihre Anerkennung für die außerordentliche Arbeit der Experten und stellt mit Befriedigung fest, daß Lob und Dank auch in allen Stellungnahmen von Ländern und Verbänden geteilt werden.

Während der Laufzeit des Modellprogramms „Psychiatrie“, aber auch noch danach hat sich das Gesicht der psychiatrischen Versorgung in unserem Land deutlich verbessert, wenn auch längst nicht allen Forderungen entsprochen oder flächendeckend nachgegangen werden konnte, so daß die Reform der psychiatrischen Versorgung keineswegs als abgeschlossen bezeichnet werden kann.

Das Modellprogramm ist zwar selbst schon ein wichtiger Reformabschnitt, es ist aber auch die Voraussetzung dafür, daß die Länder und Gemeinden nun, nachdem die Ergebnisse vorliegen, konsequent den Ausbau der psychiatrischen Versorgung fortsetzen.

Eine Reihe von parallel zum Modellprogramm wirksamer Faktoren hat gleichermaßen zum bisherigen Erfolg beigetragen. Für einige Teilbereiche wurde bereits während der Laufzeit des Modellprogramms Handlungsbedarf deutlich.

Bereits die Psychiatrie-Enquête sah eine Ergänzung der traditionellen Versorgung durch niedergelassene Ärzte im ambulanten Bereich und durch fachlich qualifizierte Krankenhäuser für die stationäre Therapie vor. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurde durch das Prinzip „Behandlung vor Verwahrung und Pflege“ ergänzt. Dies galt sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich.

Auf dieser Basis hat der Gesetzgeber bereits vor Abschluß des Modellprogramms gesetzgeberische Konsequenzen gezogen, die zur Verabschiedung des „Gesetzes zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter“ vom 26. Februar 1986 geführt haben. Es enthält vor allem Neuregelungen für die tagesklinische Behandlung (Wegfall der Voraussetzung vorangegangener stationärer Behandlung) und für Institutsambulanzen (Neuregelungen für die Zulassung und Vergütung). Darüber hinaus hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung schon frühzeitig mit der Einberufung und Leitung von fachlich orientierten Arbeitsgruppen zur fachlichen Präzisierung der Aufgaben der Tagesklinik sowie der Arbeits- und Beschäftigungstherapie beigetragen.

In den Modellregionen ist es gelungen, Versorgungsnetze aufzubauen, die auf der Achse Arbeit-Wohnen-Freizeit teilstationäre und ambulante Hilfen enthielten; außerdem wurden Tageskliniken, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, beschützte Wohnmöglichkeiten, Wohn- und Übergangsheime sowie vielfältige tagesstrukturierende Freizeit- und Arbeitsangebote aufgebaut. Patienten und Angehörige, die im Sinne der Selbsthilfe tätig sind, haben wirkungsvolle Beiträge geleistet.

Es hat sich als sehr hilfreich erwiesen, daß innerhalb, aber auch außerhalb der Modellregionen Entwicklungen aufgrund von Initiativen der Länder und Gemeinden sowie unterschiedlichster Träger in Gang gekommen sind, so daß das Programm eine über das Modell hinausgehende Wirkung entfaltete.

Die Krankenhauspolitik der zurückliegenden Jahre hat gleichermaßen wesentlich dazu beigetragen, eine Entwicklung in die gewünschte Richtung anzustoßen. Der größte Teil der psychiatrischen Groß- und Langzeitkrankenanstalten konnte seine Bettenzahl z. T. drastisch reduzieren, insgesamt von rd. 150 000 Betten im Jahre 1976 auf jetzt rd. 75 000. Damit verbunden war die Möglichkeit der äußeren und vor allem inneren Sektorisierung dieser Krankenhäuser mit spezialisierten und sachgerechten Angeboten für unterschiedlichste Indikationen, ergänzt durch teilstationäre und auch ambulante Dienste. Die Forderung nach einem möglichst flächendeckenden Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern konnte mit mehr als hundert solcher Abteilungen mit etwa 11 000 Betten weitgehend erfüllt werden. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer wurde von ehemals 152 Tagen auf 100 Tage im Jahre 1986 verkürzt.

Das auch von der Expertenkommission sehr hoch bewertete Ziel einer möglichst weitgehenden Enthospitalisierung und weiterer Verweildauerverkürzung kann jedoch nur dann erreicht werden, wenn die psy-

chiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen durch eine angemessene Personalausstattung in die Lage versetzt werden, eine auf den einzelnen Patienten orientierte, aktive Therapie zu betreiben, die den Kranken in die Lage versetzt, mit Hilfe eines ausgebauten komplementären Bereiches außerhalb des Krankenhauses zu leben.

Schon in der Psychiatrie-Enquête wird die Personalausstattung der Psychiatrischen Krankenhäuser als völlig unzureichend angesehen. Die Expertenkommission führt die immer noch festzustellenden Überkapazitäten an Betten im stationären psychiatrischen Bereich u. a. auf die globalen und nicht aufgabenbezogenen Personalanhaltszahlen zurück. Die unzureichende Personalausstattung ist zweifellos eine der Hauptursachen dafür, daß einige Einrichtungen den Weg von einer „Verwahrpsychiatrie“ zu einer „Behandlungspsychiatrie“ noch immer nicht zurückgelegt haben.

Über Personalanhaltszahlen in stationären Einrichtungen haben jedoch zunächst die Selbstverwaltungsorgane zu verhandeln. Nur wenn diese sich nicht in einer gesetzlich vorgegebenen Ein-Jahres-Frist einigen können, ist als Verordnungsgeber die Bundesregierung gefordert. Mit der „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“, den die Bundesregierung dem Bundesrat am 25. September 1990 zur Zustimmung zugeleitet hat, sollen rd. 5 000 neue Stellen in der alten Bundesrepublik Deutschland und 1 500 in den neuen 5 Bundesländern mit Schwerpunkten bei den therapeutischen Fachkräften und beim Pflegepersonal geschaffen werden. Die Bundesregierung erfüllt damit die Forderung der Expertenkommission nach einem völlig neuen, in sich geschlossenen Konzept für eine aufgabenbezogene Personalbemessung in der stationären Psychiatrie.

Die Bundesregierung hat mit der Gesundheitsreform, insbesondere zum letztgenannten Punkt, einen wichtigen Schritt getan. Sie hat die Kritik der Expertenkommission, daß wichtige Teile des Leistungsrechts einseitig auf die Belange somatisch Kranker zugeschnitten seien, ernstgenommen und hat deshalb vorgesehen, daß bei der Krankenbehandlung, vor allem bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Hiermit hat der Gesetzgeber die rechtlichen Voraussetzungen für einen erweiterten Spielraum der gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Dies führte dazu, daß der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien) geändert hat. Sie wurde inzwischen durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung genehmigt. Hiermit wurde ein wichtiger Schritt zur Umsetzung der neuen Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getan.

Die in der Psychiatrie-Enquête empfohlene Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts hat der Gesetzgeber in der Zwischenzeit verabschiedet.

Das vom Bundesminister der Justiz vorgelegte Betreuungsgesetz vom 12. September 1990 (BGBl. I S. 2002) löst die alten Regelungen über die Pflegschaft und Entmündigung Volljähriger ab. Durch das Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes am 1. Januar 1992 werden die Rechte psychisch Kranker und geistig oder seelisch Behinderter erheblich gestärkt. Die rehabilitationsfeindliche Entmündigung hat das Gesetz abgeschafft. Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige, bei denen Entrechtung und Verwaltung des Vermögens im Vordergrund standen, werden durch das neue Rechtsinstitut der Betreuung ersetzt. An die Stelle anonymer Verwaltung von Fällen wird persönliche Hilfe und Fürsorge stehen.

In der Bundesrepublik Deutschland wies die psychiatrische Forschung noch in den 70er Jahren, auch im Vergleich zu kleineren Ländern, einen erheblichen Nachholbedarf auf. Die große gesundheitspolitische Bedeutung der psychischen Krankheiten und die Hebung des Wissensstandes bezüglich Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie mit dem Ziel einer wirksamen Verbesserung der Versorgung, insbesondere für die Gruppe der Schwerstkranken und chronisch Kranken waren die Gründe dafür, daß Forschung zu psychischen Krankheiten als eine der vier vordringlichen krankheitsspezifischen Förderbereiche neben den Krebskrankheiten, Herz-Kreislauf-Krankheiten und rheumatischen Krankheiten in das 1978 beschlossene Programm der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ aufgenommen wurde. Dieser Schwerpunktbereich der Forschungsförderung ist auch in den späteren Fortschreibungen des Regierungsprogramms, zuletzt für den Zeitraum bis 1991, beibehalten worden. Die Schwerpunktthemen haben dabei eine Weiterentwicklung und Ausweitung erfahren.

Auf der Grundlage der ersten Bekanntmachung eines Förderschwerpunktes zu Untersuchungen im Bereich der Therapie und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen im Jahre 1979 konzentrierte sich die Forschungsförderung des Bundesministers für Forschung und Technologie zunächst auf multizentrisch angelegte Therapiestudien. Nach einer Evaluation dieser ersten Förderperiode wurde der Schwerpunkt im Jahre 1986 entsprechend den Empfehlungen der eingesetzten Expertenkommission auf Forschungsarbeiten zur Therapie und Rückfallprophylaxe chronifizierender psychischer Erkrankungen konzentriert. Das Fördervolumen für diesen Schwerpunkt betrug mit Stand vom September 1990 insgesamt 43,5 Mio. DM. Ergänzend hierzu wurde im Jahre 1986, auf der inhaltlichen Grundlage eines gemeinsam mit der WHO veranstalteten internationalen Symposiums, die Förderung eines Forschungsschwerpunktes zur psychischen Gesundheit im Alter bekanntgegeben. Hierfür sind bis September 1990 insgesamt 10,2 Mio. DM bereitgestellt worden.

Der am 11. November 1988 vorgelegte Expertenbericht besteht aus Empfehlungen zur allgemeinpsychiatrischen Versorgung verschiedener Funktionsbereiche, aus Empfehlungen zur Versorgung spezieller Gruppen und abschließend aus Aspekten personeller, administrativer und legislativer Grundlagen mit Empfehlungen für deren Durchsetzung. Die

Expertenkommission zeichnet ein umfassendes Bild aller Institutionen und Dienste, die ihr für eine allgemeinspsychiatrische Versorgung sowie zur Versorgung der genannten speziellen Gruppen unerlässlich erscheinen.

Die Enquête hatte seinerzeit den zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus fehlenden Versorgungsbereich als das entscheidende Defizit angesehen. Die Expertenkommission konzentriert sich dagegen in ihren Empfehlungen auf die Defizite bei der Versorgung chronisch Kranker und Behinderter, wobei die Probleme der Versorgung von Anfallskranken, von geistig Behinderten und von im Maßregelvollzug Untergebrachten ausgeklammert werden.

Es deutete sich bereits in der Schlußphase des Modellprogramms an, daß bis dahin erkennbare Reformfolge und z. T. auch das Engagement vieler an der psychiatrischen Reform Beteiligter an der Gruppe psychisch chronisch Kranker und Behinderter vorbeizugehen drohte, deren Zahl von der Expertenkommission auf 500 000 Personen geschätzt wird. Hier gilt es, in Zukunft mit Nachdruck den Hebel weiterer Reformbemühungen anzusetzen. Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit setzt im Rahmen des seit 1976 bestehenden Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“, das nunmehr mit jährlich 3,5 Mio. DM ausgestattet ist, hilfreiche Impulse.

Noch während der Laufzeit des Modellprogramms haben die Mitglieder der Beraterkommission zum Ausdruck gebracht, daß sich eine bei der Erstellung der Enquête ungünstige Voraussetzung wesentlich geändert hatte, nämlich die Dichte nervenärztlicher Niederlassungen. Es wurde vorgetragen und vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit auch akzeptiert, daß die Analyse der Situation und insbesondere die darauf fußenden Schlußfolgerungen im Rahmen des Modellprogramms nicht angemessen zu leisten waren. Daher wurde am 3. Oktober 1984 die Bewilligung einer vorbereitenden „Definitionsphase Nervenärzte“ ausgesprochen, der im August 1985 die Bewilligung des Forschungsvorhabens „Bestandsaufnahme und Situationsanalyse ambulanter nervenärztlicher Tätigkeit“ folgte. Die Laufzeit dieses Projektes betrug 20 Monate, das Ergebnis dieser Studie konnte im Januar 1990 als „Die Nervenarztstudie“ veröffentlicht werden.

Die Bundesregierung bedauert, daß die Ergebnisse der „Nervenarztstudie“ — die erst Anfang 1990 vollständig und gedruckt vorlagen — möglicherweise nicht in allen Details, insbesondere mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen eingebunden werden konnte, wenngleich die wichtigsten Eckdaten von den der Kommission angehörenden niedergelassenen Ärzten eingebracht und somit berücksichtigt wurden.

Die Bundesregierung mußte sich bei der Stellungnahme Beschränkungen für die Bereiche außerhalb ihrer Zuständigkeiten auferlegen, auch soweit sie den von den Experten festgestellten Regelungsbedarf für sachgerecht hält. Sie erwartet hier eine kritische Auseinandersetzung über die Grundfrage, ob komplementäre Dienste und Einrichtungen, ggf. mit welchen Leistungen nach Inhalt und Umfang den im SGB V vorgesehenen „ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation“ zuzurechnen sind. Diese sind als allgemeine Aufgaben anzusehen und unter Nutzung der „natürlichen Hilfspotentiale“ der Gemeindepsychiatrie zu erbringen, wie es die Empfehlungen vorsehen. Es wird ungemein schwierig sein, hier eine für alle Seiten akzeptable Trennlinie zu ziehen; dies wird sich in den Äußerungen aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie zeigen.

Wenn die Bundesregierung jetzt zu den Empfehlungen der Expertenkommission Stellung nimmt, dann muß berücksichtigt werden, daß diese nicht nur auf Maßnahmen zielen, die in der Verantwortung und Kompetenz der Bundesregierung liegen, sondern auch auf eine Reihe solcher, die bei Ländern und kommunalen Körperschaften zu suchen sind oder andere Körperschaften und Verbände im pluralistischen System ansprechen.

Deshalb wurden die Länder und maßgeblichen Partner angesprochen und um Stellungnahme gebeten, deren Meinung hier aufgegriffen und ggfs. kommentiert wird. Bei der Fülle der Empfehlungen wird es darauf ankommen, die mit der Stellungnahme der Bundesregierung angestoßene Diskussion in betroffenen Fachkreisen mit Leistungs- und Einrichtungsträgern sowie mit Ländern und Gemeinden weiterzuführen.

B. Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission

1. Grundsätzliche Empfehlungen zur psychiatrischen Versorgung

1.1 Gemeindeintegration und politische Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften

Schon in der Psychiatrie-Enquête wurde „Gemeindenähe“ als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung genannt.

Es wird von niemandem bestritten, daß das Prinzip der Gemeindeintegration grundsätzlich für die Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten Gültigkeit hat. Der gesellschaftliche Prozeß der Eingliederung psychisch Kranker muß sich sowohl im Bewußtsein als auch bei der realen Umsetzung an dem Grundsatz eines möglichst konfliktfreien Miteinanderlebens orientieren.

Aufbauend auf der generellen Berechtigung und Verpflichtung der kommunalen Gebietskörperschaften zur allgemeinen Daseinsvorsorge für alle Bürger, also auch für die psychisch Kranken und Behinderten ihrer Gemeinde, sieht die Expertenkommission die politische Verantwortung für den Aufbau einer bedarfsgerechten und flächendeckenden gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung primär bei den Kommunen. Psychiatrieplanung und Durchführung soll integrierter Bestandteil der Sozial- und Gesundheitsplanung der kommunalen Gebietskörperschaften werden, ohne daß hiermit eine einseitige Finanzierungszuschreibung festgelegt wird.

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände stimmt im Grundsatz der politischen Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften zu, betont aber ausdrücklich, daß zu einer Realisierung dieses Konzeptes die Planungs- und Organisationszuständigkeit der Kommunen alleine nicht ausreicht, wenn nicht gleichzeitig die Finanzierung für jeden einzelnen Bereich gesichert ist. Ebenso wird deutlich, daß die Verantwortung für Koordination und Ausführung der Versorgungsaufgaben nicht allein dem kommunalen Bereich zugewiesen werden kann, sondern hier die Kompetenz der Ärzte, der Krankenhäuser und der komplementären Einrichtungen gefordert ist. Mit anderen Worten: für die Sicherstellung der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung fordern die kommunalen Spitzenverbände die eindeutige Abgrenzung

- der Aufgabenverantwortung,
- der Trägerschaft,
- der Finanzierung,
- der Kostenträgerschaft

als unabdingbare Voraussetzung. Die Länder werden von den kommunalen Spitzenverbänden aufgerufen, für jedes einzelne Glied der psychiatrischen Versorgungskette diese Fragen zu beantworten und ggfs. die erforderlichen Regelungen in die Wege zu leiten.

Die Bundesregierung sieht ebenfalls die politische Verantwortung in erster Linie bei den Kommunen. Dies steht auch im Kontext weiterer bereits gesetzlich geregelter Bereiche, in denen die Zuständigkeit der Kommunen für psychisch Kranke zumindest formal festgelegt ist: § 96 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes bestimmt die kreisfreien Städte und Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe; die Länder bestimmen in der Regel die Kreise und kreisfreien Städte als Träger vorsorgender, nachgehender und begleitender Hilfen für psychisch Kranke und unterstreichen damit deren Verantwortung für diesen Personenkreis. Dies ändert nichts an der Planungs- und Bereitstellungsverantwortung der Sozialhilfe vorrangigen Sozialleistungsträger nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I. Die Bundesregierung unterstreicht die Forderung der kommunalen Spitzenverbände nach den o. g. eindeutigen Abgrenzungen und betont, daß hiermit die Frage von Koordination, Festlegung verbindlicher Kooperationsformen und Finanzierungsfestschreibungen eng verbunden ist und dafür Regelungen zu finden sind.

1.2 Gemeindepsychiatrischer Verbund

Das Basissystem „Psychiatrisches Krankenhaus — niedergelassener Nervenarzt“ trägt auch heute den Hauptanteil an der Behandlung und Versorgung psychisch Kranker. Im ambulanten Bereich hat die Versorgung psychisch Kranker nicht zuletzt durch die erhebliche Zunahme fachärztlicher und psychotherapeutischer Kapazität seit dem Erhebungszeitraum der Psychiatrie-Enquête eine deutliche Verbesserung erfahren, die auch künftig durch den zu erwartenden steigenden Kapazitäts- und Kompetenzzuwachs geprägt sein wird.

Um die Versorgung aller psychisch Kranken, so auch der chronisch psychisch Kranken, deren Zahl die Experten-Kommission mit ca. 500 000 angibt, sicherzustellen, bedarf es eines Versorgungssystems, das eine nahtlose und aufeinander abgestimmte Gesamtversorgung aller psychisch Kranken, mit dem besonderem Augenmerk auf die chronisch psychisch Kranken und Behinderten, anbietet. Um dieses sicherzustellen, empfiehlt die Expertenkommission die Hilfen und Angebote „im Verbund“ zu entwickeln und dabei von der bisherigen institutionsbezogenen Definition von Leistungen und Maßnahmen abzurücken. Als Planungs- und Handlungsgrundlage sei eine funktionale

Betrachtungsweise psychiatrischer Versorgung nach den Funktionsbereichen

- Behandlung/Pflege/Rehabilitation,
- Hilfen im Bereich Wohnen,
- Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte,
- Hilfen im Bereich Arbeit und berufliche Bildung zugrundelegen.

Die Experten-Kommission sieht in einer solchen funktionalen Betrachtungsweise nicht nur die Möglichkeit, dem Risiko des „Wildwuchses“ an Versorgungseinrichtungen mit z. T. parallel laufenden Angeboten entgegenzuwirken, sondern auch eine Erleichterung der Anpassung an die Strukturen des Sozialversicherungsrechts.

Um hemmende Planungsbürokratie und künstliche Konstruktionen zu vermeiden, sollen sich die Funktionsbereiche zunächst an der Basis, ausgehend von schon vorhandenen Einrichtungen und unter Nutzung des gewachsenen Potentials etablieren und entsprechend dem Bedarf erweitern. Für eine von der Expertenkommission zur Diskussion gestellte rechtsgültige Form des gemeindepsychiatrischen Verbundes im Sinne einer Körperschaft des Öffentlichen Rechts wird von Ländern, Verbänden und Kostenträgern keine Notwendigkeit gesehen.

Die Ansicht, daß eine bedarfsgerechte regionale Versorgung alleine in der Konstruktion eines „gemeindepsychiatrischen Verbundes“ sicherzustellen sei, wird nicht von allen Verbänden geteilt.

Die Bundesregierung begrüßt den Vernetzungsgedanken, der dem gemeindepsychiatrischen Verbund zugrunde liegt. Nach Ansicht der Bundesregierung soll jedoch nicht festgeschrieben werden, welcher institutionelle Einrichtungstyp Anknüpfungspunkt bestimmter funktionaler Versorgungseinheiten zu sein hat; hier sind den Beteiligten Spielräume zu belassen.

Die Bedingungen der Zusammenarbeit sind so festzulegen, daß Selbständigkeit in der Zielsetzung und Durchführung der Aufgaben gesichert bleiben, um ein plurales und wertorientiertes Angebot im Interesse der Patienten zu sichern.

1.3 Koordination

Die Expertenkommission betont, daß es zur Sicherstellung einer nahtlosen und aufeinander abgestimmten Gesamtversorgung für psychisch Kranke und Behinderte auf regionaler Ebene der Planung, des Aufbaues und der Kooperation aller Dienste und Einrichtungen im Sinne einer Vernetzung bedarf. Dies könne nur im Zusammenwirken aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligter Leistungserbringer, Leistungsträger und der kommunalen Gebietskörperschaften verwirklicht werden.

Anknüpfend an den Grundgedanken der kommunalen Verantwortung empfiehlt die Expertenkommission den kommunalen Gebietskörperschaften zur Er-

füllung ihrer Aufgabe die Einrichtung einer „Koordinationsstelle“ (mit einer Fachkraft besetzte Verwaltungsstelle) mit einer Anbindung an den zuständigen Dezernenten. Diesem soll formal ein Beirat mit Vertretern der psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen einschließlich der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Institutsambulanzen, Tageskliniken, der ambulanten und komplementären Versorgungseinrichtungen, der niedergelassenen Ärzteschaft, der an der Versorgung in der Region beteiligten oder zu beteiligenden Träger, der Kostenträger, der zuständigen kommunalen Ämter, der Arbeitsverwaltung, der Angehörigen bzw. den Vertretern ihrer Vereine oder Dachorganisationen der kommunalen Mandatsträger zugeordnet werden.

Die Expertenkommission erwartet, daß hierdurch gegenseitige Information und Kontaktaufnahme unter den Trägern und Betreibern der Dienste und Einrichtungen erleichtert und unter Zugrundelegung der Prinzipien von Transparenz und Rückkoppelung der größtmögliche Konsens aller Beteiligten erreicht werden kann. Dies diene dem Ziel, auf eine möglichst optimale Planung, Ausgestaltung und Kooperation hinzuwirken als Voraussetzung dafür, daß ein einheitliches und in sich abgestuftes Konzept der stationären und außerstationären Versorgung für akut, mittelfristig und vor allem auch für chronisch psychisch Kranke gewährleistet werden kann.

Im Hinblick auf die Bedeutung beruflicher Rehabilitation und ihrer zunehmenden Verlagerung in regionale Versorgungsstrukturen erscheine die Einbindung eines Vertreters der beruflichen Rehabilitation, der die unterschiedlichen Rehabilitationsträger vertreten kann, sinnvoll.

Dieser Grundgedanke eines kommunalen Koordinators, der auf die Kompetenz eines Beirates zurückgreifen kann (und muß), wird allgemein als sinnvoll, notwendig und realisierbar angesehen. Gleichwohl weisen einige Verbände darauf hin, daß diesem Konzept das Risiko einer unnötigen und hemmenden Planungsbürokratie und Reglementierung innewohnen kann und die Gefahr nicht ausgeschlossen sei, daß Entfaltung und Selbständigkeit nicht professioneller Dienste gefährdet werden könnten.

Dem wird andererseits gegenübergestellt, daß durch das Konzept Koordinator-Beirat dem immer wieder beklagten „Wirrwar“ der Zuständigkeiten, der mangelnden und z. T. parallel laufenden Planung, der fehlenden Kooperation und Koordination der einzelnen Versorgungsträger- und -einrichtungen entgegenge wirkt werden könne. Nur so sei ein Versorgungsnetz aufzubauen, das sich nicht an Planungsrichtwerten, sondern an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten in der Region orientiere.

Nach Ansicht der Bundesregierung ist die Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten übergeordnetes Ziel der regionalen Psychiatrieversorgung, sowohl auf Planungs- als auch auf Durchführungsebene. Nur so ist der Gefahr zu begegnen, daß ein Teil der chronisch psychisch Kranken durch Lücken des Versorgungsnetzes fällt.

Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch (SGB) und Bundessozialhilfegesetz (BSHG) die verschie-

denen Leistungsträger verpflichtet, bei der Durchführung ihrer Aufgabe eng zusammenzuarbeiten. Sie sollen gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben (§ 86 ff. SGB X), die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden (§ 95 SGB X). Nach § 10 Abs. 2 und 3 BSHG sollen die Träger der Sozialhilfe mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten und dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben erhalten. Die Zusammenarbeit soll darauf gerichtet sein, daß sich ihre Tätigkeiten zum Wohl des Hilfesuchenden wirksam ergänzen.

Das BSHG enthält darüber hinaus noch spezielle Regelungen zur Beratung und Sicherung einer gleichmäßigen oder gemeinsamen Durchführung von Maßnahmen in Arbeitsgemeinschaften (§ 95 BSHG), zur Aufstellung eines Gesamtplanes bei der Eingliederungshilfe (§ 46 BSHG) und zur Beteiligung sozial erfahrener Personen beim Erlaß allgemeiner Verwaltungsvorschriften (§ 114 BSHG).

Obwohl die Verpflichtung der verschiedenen Leistungsträger zur gemeinsamen Zusammenarbeit gesetzlich vorgesehen ist, funktioniert diese vielerorts nicht in einem Maße, daß die gewünschte Kooperation gesichert ist.

Im Modellprogramm „Psychiatrie“ hat sich die Trias aus Dezernent, Koordinator und Beirat im Prinzip als wirkungsvolles Instrument bei der regionalen Psychiatrieplanung und Umsetzung bewährt. Bei qualifizierter Umsetzung dieses Konzepts kann erwartet werden, daß die bestehende Pluralität von Trägern und Angeboten erhalten und die Entfaltung von Initiativen nichtprofessioneller und institutionalisierter Dienste gewahrt bleiben. Grundsätzlich ist bei regionalen Planungsprozessen solchen strukturellen Entscheidungen der Vorzug zu geben, die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an zukünftige Entwicklungen offenhalten.

Alternativ zur Übernahme der Koordinationsfunktion durch die kommunale Verwaltung kann diese auch von einer großen psychiatrischen Einrichtung, von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege oder unter dem Dach bzw. in Erweiterung von Arbeitsgemeinschaften wahrgenommen werden.

Durch die Übertragung der Koordinationsfunktion auf die kommunale Verwaltung darf erwartet werden, daß sich der Koordinator sowohl der Administration wie auch den in der Versorgung Tätigen gegenüber verantwortlich sieht und sich so als Vermittler zwischen Administration, dem politischen Willen des Rates und den an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten versteht. Hierbei muß die Verantwortung und die Eigenständigkeit der Leistungserbringer und Leistungsträger, auch der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege als Träger entsprechender Dienste und Einrichtungen, unangetastet bleiben; dies gilt auch für die Bereiche Ver-

handlungen mit Kostenträgern, Organisationen und Fortbildung.

Im Hinblick auf die Finanzierungsabgrenzung und -festschreibung, die u. a. die kommunalen Spitzenverbände als unverzichtbar zum Aufbau einer gemeindeintegrierten Versorgung erklärt haben, ist nach Ansicht der Bundesregierung auch im Grundsatz zu prüfen, inwieweit sich die Übertragung der Koordinationsfunktion auf einen höheren Kommunalverband bzw. auf die Länder als Träger der überörtlichen Sozialhilfe, als Vorteil für die Entwicklung gemeindeintegrierter psychiatrischer Versorgung erweisen kann. Durch Einbeziehung der Erfahrung und Kompetenz eines Beirates darf erwartet werden, daß der Bezug zur „Nähe“ im Sinne regionaler Verantwortlichkeit erhalten bleibt.

2. Allgemeinpsychiatrische Versorgung

Unter Zugrundelegung des Prinzips der Gemeindeintegration empfiehlt die Expertenkommission, daß für die gemeindeintegrierte allgemeinpsychiatrische Versorgung die Versorgungsregionen 100 000 bis 150 000 Einwohner nicht überschreiten sollen. Bei dieser Planung kann von den Gebieten der kreisfreien Städte und Landkreise ausgegangen werden. Größere Gebietskörperschaften sind gehalten, innerhalb der Planungseinheiten überschaubare Versorgungsregionen abzugrenzen. Regionale Gegebenheiten, wie z. B. Verkehrsanbindungen müssen hierbei Berücksichtigung finden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung sowie bei bestimmten Angeboten, z. B. für psychisch kranke alte Menschen sowie in der beruflichen Rehabilitation können größere Versorgungsregionen erforderlich sein.

2.1 Versorgungs-Elemente

Die Expertenkommission gibt eine ausführliche Aufstellung der einzelnen Elemente, die ihr für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten gemeindeintegrierten allgemeinpsychiatrischen Versorgung unerläßlich erscheinen. Sie möchte die einzelnen „Bausteine“ als institutionelle Einrichtungstypen verstanden sehen, die im Rahmen der geforderten funktionalen Betrachtungsweise der Versorgungsstruktur sich überlappen bzw. sich gegenseitig ersetzen können.

2.1.1 Krankenhaus/Abteilung

Die Expertenkommission vertritt die Auffassung, daß das psychiatrische Fachkrankenhaus auch in Zukunft seinen unverzichtbaren Platz in der psychiatrischen Versorgung haben wird. Die Entwicklung der psychiatrischen Krankenhäuser zu gemeindenahen und in das regionale Versorgungsnetz integrierten Behandlungszentren ist zu fördern.

Dem Ziel, die stationäre Krankenhausbehandlung psychisch Kranker gemeindenah und in die allgemeine Krankenhausversorgung integriert anzubieten, wurde mit der zunehmenden Einrichtung von psych-

iatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern entsprochen. Während 1971 die Zahl der Abteilungen 20 betrug, ist die Zahl 1989 auf 115 angestiegen mit einer Bettenkapazität von rd. 11 000. Ca. 50 % der Abteilungen haben sich bereiterklärt, die Vollversorgung für alle Patienten einer festgelegten Region zu übernehmen, so auch für Patienten mit gesetzlich begründeter bzw. ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung. 34 % der Abteilungen halten jeweils 80 bis 100 Betten vor.

Ausdrücklich weist die Expertenkommission darauf hin, daß dem Personalschlüssel in der Psychiatrie eine wesentlich größere Bedeutung zukommt als im somatischen Bereich.

Die Bundesregierung hat zwischenzeitlich eine Rechtsverordnung zur Personalbemessung nach § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der stationären Psychiatrie vorgelegt, dem ein modernes patientenorientiertes Behandlungskonzept zugrunde liegt. Die Verordnung soll zum 1. Januar 1991 in Kraft treten.

Die Rechtsverordnung beschränkt sich auf den Krankenhausbereich entsprechend der Definition im Krankenhausfinanzierungsgesetz. Insofern ist der Bereich der nicht krankenhausbefürhtigen geistig Behinderten nicht mit eingeschlossen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, daß die Ausgliederung der nicht krankenhausbefürhtigen geistig Behinderten aus den psychiatrischen Krankenhäusern in ein ihnen angemessenes System noch nicht abgeschlossen ist. Hierzu müssen die Bestrebungen um humane vollstationäre Einrichtungen unterstützt und gleichzeitig Öffnung und Training für ein selbständiges Leben und Wohnen außerhalb der Einrichtungen fortgeführt werden.

Ferner hat die Bundesregierung in der 1. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung u. a. den Anrechnungsschlüssel von Auszubildenden in der Krankenpflege und Krankenpflegehilfe neu festgelegt. Er beträgt jetzt bundeseinheitlich 7:1 bzw. 6:1. Dadurch konnten insgesamt 5 000 Krankenpflegestellen bzw. entsprechende Ausbildungsstellen in den Krankenhäusern insgesamt geschaffen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft betont die notwendige Verzahnung und das enge Zusammenwirken zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern und den ambulanten und komplementären Versorgungsangeboten in den Regionen, durch die alleine eine umfassende gemeindenähe und patientenorientierte Versorgung gesichert werden kann. Nach Aussage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser sind die stationären Einrichtungen bereit und in der Lage, sich wandelnden konzeptionellen Anforderungen weiterhin anzupassen.

Die Bundesregierung betont mit der Expertenkommission die Bedeutung stationärer Einrichtungen, die diese auch in der zukünftigen Entwicklung psychiatrischer Versorgung behalten werden und tritt Vorstellungen, daß psychiatrische Krankenhäuser auf mittlere oder längere Sicht nicht mehr gebraucht werden, entschieden entgegen. Sie begrüßt die Zukunftsorientierung der Verbände im Sinne eines engen Zusammenwirkens zwischen den

psychiatrischen Krankenhäusern und den ambulanten und komplementären Versorgungsdiensten in den Regionen.

Ohne ein abgestuftes und zwischen stationärem und ambulantem Bereich abgestimmtes Versorgungssystem ist eine bedarfsgerechte psychiatrische Gesamtversorgung nicht zu leisten. Die stationäre Kapazität ist der fortschreitenden Entwicklung anzupassen.

2.1.2 Niedergelassener Nervenarzt

Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung „Psychiatrie“ hat sich seit der Psychiatrie-Enquête verdreifacht und beträgt z. Z. ca 3 000. Die Zunahme von Kapazität und Kompetenzspektrum hat zu einer deutlichen Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung geführt, die durch die noch steigende Zulassungstendenz von z. Z. ca. 10 % pro Jahr weiter anhalten dürfte.

Psychisch Kranke, die krankheits- oder situationsbedingt Ärzte in ihren Praxen nicht aufsuchen, können wegen der Bestimmungen des Berufsrechts nicht behandelt werden, da es dem niedergelassenen Arzt nur erlaubt ist, im Rahmen eines Behandlungsvertrages tätig zu werden. Zudem sieht die Gebührenordnung nicht die Möglichkeit vor, Leistungen von nichtärztlichem Personal, die in einer Praxis geboten werden, gesondert abzurechnen. Eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeit für die Patienten, die über das Leistungsangebot der nervenärztlichen Praxis hinaus ergänzender Hilfen im psychosozialen Bereich bedürfen, sieht die Expertenkommission im Konzept der gemeindepsychiatrisch orientierten Nervenarztpraxis realisierbar, die unter Einbeziehung nichtärztlicher Fachkräfte in ihre Praxis zusätzliche Leistungen in den folgenden Bereichen anbieten soll:

- spezifische konsiliarische und kooperative Formen der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung,
- Spezielle Behandlungsformen, die auf die Zielgruppe schwerer chronisch psychisch Kranker und Behinderter ausgerichtet sind,
- Mitbeteiligung und Mitverantwortung in der kommunalen Planung und deren Durchführung.

Die Enquête-Kommission zur „Krankenversicherungsreform“ spricht sich für den Ausbau psychiatrischer Schwerpunktpraxen unter Einbeziehung nichtärztlicher Fachkräfte aus.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht durch das Konzept der Gemeinschaftspraxis, deren Arbeit flankierend z. B. durch einen Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen, Ergotherapeuten usw., der unmittelbar in einer Nervenarztpraxis tätig werden kann, ergänzt wird, die Möglichkeit gegeben, die Effektivität ambulanter psychiatrischer Versorgung zu verbessern. Dies käme insbesondere der Gruppe der chronisch psychisch Kranken zugute. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist auf eine bisher feh-

lende Vergütungsregelung für das nichtärztliche, therapeutische Personal durch die Leistungsträger hin.

Die Bundesregierung begrüßt im Grundsatz das von der Expertenkommission entworfene Konzept der „gemeindepsychiatrisch orientierten Nervenarztpraxis“, das dem besonderen Bedürfnis des psychisch Kranken nach einer kontinuierlichen Bezugsperson entgegenkommt und das Recht auf freie Arztwahl sichert. Da jedoch die Besonderheit einer gemeindepsychiatrischen Orientierung die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Praxis und die enge Kooperation mit anderen Diensten und Einrichtungen erfordert, müssen zunächst gebührenordnungs- und berufsrechtliche Bestimmungen geklärt werden, um eine systemkonforme Regelung zu erreichen.

Überdies wäre dann zu prüfen, ob gefordert werden muß, daß als Voraussetzung für die Anerkennung als gemeindepsychiatrische Nervenarztpraxis die Bereitschaft zur

- Übernahme der Pflichtversorgung
 - ambulant-aufsuchenden Tätigkeit,
 - Konsiliartätigkeit in Heimen einschließlich Alten-, Wohn- und Pflegeheimen, betreuten Wohnformen,
 - Mitbeteiligung und Mitverantwortung in der kommunalen Psychiatrieplanung und -durchführung
- und
- zum Erwerb besonderer Kenntnisse der Gesetze sowie spezifischer ordnungspolitischer und administrativer Bestimmungen

zur Bedingung gemacht werden kann und vor den Selbstverwaltungsorganen zu belegen ist.

Zudem hält es die Bundesregierung für unerlässlich, daß auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten im ambulanten Bereich eine klare Aufgabenabgrenzung zwischen Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischem Dienst, niedergelassenem Nervenarzt (gemeindepsychiatrisch orientierter Nervenarztpraxis) erfolgt als Voraussetzung für ein aufeinander abgestimmtes Leistungsangebot, durch das alleine die Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten gewährleistet werden kann. Dies ist z. B. im Rahmen einer regionalen Psychiatrieplanung zu leisten.

2.1.3 Tagesklinik

Tageskliniken haben sich als Alternative und als Ergänzung zur vollstationären Krankenhausbehandlung bewährt. Sie übernehmen eine „Brückenfunktion“ zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung. Die Expertenkommission empfiehlt, für eine Versorgungsregion von 100 000 bis 150 000 Einwohner mindestens 20 Tagesklinikplätze im Rahmen des Gesamtplatzbedarfs für krankenhausbefürderte Patienten bereitzustellen. Die Gesamtzahl der Tageskliniken dürfte sich dann auf 130 bis 140 bemessen.

Bei zukünftigem Ausbau von Tageskliniken sollte nach Auffassung der Expertenkommission dem Grundsatz einer engen Anbindung an ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder eine psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus gefolgt werden, sofern dies mit der Planung einer möglichst weitgehenden flächendeckenden Versorgung vereinbar ist.

Tagesklinische Behandlung ist Krankenhauspflege entsprechend § 39 SGB V. Die Bundesregierung hält es für sachgerecht, daß die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung den Aufbau von Tageskliniken mit dem Abbau stationärer Kapazitäten verbinden.

Damit die Tageskliniken gegenüber der vollstationären Versorgung alternative Funktionen übernehmen können, ist es erforderlich, daß die Tageskliniken in die Aufgaben der regionalen Krankenversorgung eingebunden sind und bei den anderen Diensten ein ausreichender Informationsstand über die therapeutischen Möglichkeiten der Tageskliniken besteht.

Auch die Bundesregierung befürwortet eine enge Anbindung der Tageskliniken an ein Krankenhaus bei räumlicher Distanz. Unabhängige Tageskliniken sollten über Kooperationsvereinbarungen im Bedarfsfall auf Krankbetten zurückgreifen können und auch nachstationäre Behandlungen übernehmen.

2.1.4 Institutsambulanz

Um eine ambulante, die Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wahrende Betreuung der Patienten zu gewährleisten, die vom niedergelassenen Nervenarzt teilweise nicht versorgt werden können, mißt die Expertenkommission den Institutsambulanzen besondere Bedeutung zu. Sie zeichnen sich durch eine multiprofessionelle Zusammensetzung ihrer Mitarbeiter aus. Schwerpunktmäßig bieten sie chronisch psychisch Kranken und Behinderten die erforderlichen vorsorgenden, beratenden, intervenierenden und nachgehenden Hilfen auch durch aufsuchende Tätigkeit an.

Der Aufgabenschwerpunkt der Institutsambulanzen wird von der Expertenkommission bei der Nachsorge für krankenhausesentlassene, schwerer psychisch gestörte und rückfallgefährdete Patienten gesehen, denen durch multiprofessionelle Besetzung eine kontinuierliche Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt unter Einschluß ambulant aufsuchender Betreuung geboten werden soll.

Institutsambulanzen sind vom Gesetzgeber als unverzichtbarer Bestandteil gemeindeintegrierter psychiatrischer Versorgung anerkannt worden.

Das Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker vom 26. Februar 1986 schuf u. a. die Voraussetzungen dafür, daß die Finanzierung von Institutsambulanzen nach Ablauf der Förderung gesichert war. Die wichtigsten Inhalte sind im Gesundheitsreform-

gesetz übernommen worden (vgl. §§ 118, 120 SGB V).

Nach Gesetzeslage können psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nach einer Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuß ermächtigt werden, Institutsambulanzen einzurichten. Hierbei ist einer bedarfsgerechten und regionalen Psychiatrieplanung, unter dem Gesichtspunkt einer klaren Versorgungsabgrenzung gegenüber anderen Diensten mit ihren spezifischen Leistungsbereichen, besondere Beachtung beizumessen.

Die Finanzierung der Institutsambulanzen ist in § 120 Abs. 2 SGB V geregelt; eine kostendeckende Vergütung ist Gegenstand der Verhandlungen mit den Krankenkassen.

2.1.5 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen in multiprofessioneller Besetzung Aufgaben der Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention im ambulanten Bereich.

Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Einrichtung flächendeckender Sozialpsychiatrischer Dienste richten sich grundsätzlich an die Länder; das wird von diesen auch so gesehen. In den Ländern haben sich ganz unterschiedliche Formen der sozialpsychiatrischen Dienste entwickelt. Die Vielfalt zeigt sich in der unterschiedlichen Trägerschaft (öffentlicher/kommunaler, staatlicher Träger oder freier Träger) sowie in den Unterschieden der Aufgabenstellung, die ihre Zielgruppe bestimmt. Daraus resultieren Unterschiede

- in der Personalausstattung, die die Frage nach der Mitarbeit und Leitung eines Arztes bzw. eines Arztes für Psychiatrie und über den Umfang seiner Handlungsbefugnis einschließt,
- in der Spezialisierung hinsichtlich der Sozialarbeit,
- in der Übernahme hoheitlicher Aufgaben.

Die Einbindung eines Gebietsarztes für Psychiatrie in den Sozialpsychiatrischen Dienst wurde in den Ländern unterschiedlich geregelt. Die Regelungen reichen von der festen Einbindung eines Gebietsarztes für Psychiatrie mit oder ohne volle Handlungsbefugnis über Inanspruchnahme von vertraglicher, zeitlich begrenzter Konsiliartätigkeit bis zur Kooperation mit niedergelassenen Gebietsärzten für Psychiatrie.

Sozialpsychiatrische Dienste sind wichtige Elemente der ambulanten Versorgung. Da sich nach den vorliegenden Stellungnahmen die unterschiedlichen Lösungen durchaus bewährt haben, können nach Ansicht der Bundesregierung erst längerfristige Erfahrungen eine Aussage über die optimale Ausgestaltung Sozialpsychiatrischer Dienste absichern.

Entgegen der Empfehlung der Expertenkommission, die Leitung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes grundsätzlich einem Gebietsarzt zu übertragen, scheinen die Aufgaben auch in Form einer

gut funktionierenden Kooperation zwischen nicht-ärztlich besetzten Sozialpsychiatrischen Diensten und niedergelassenen Fachärzten abgedeckt werden zu können. Unabdingbar ist nach Auffassung der Bundesregierung, daß die erforderliche ärztliche Kompetenz sichergestellt ist. Insbesondere wenn zum Aufgabenspektrum eines Sozialpsychiatrischen Dienstes medizinisch-untersuchende, -diagnostizierende und -behandelnde Aufgaben gehören, die die Verantwortung eines Facharztes erfordern, ist die Leitung eines solchen Dienstes grundsätzlich dem Arzt zu übertragen. Diese Verantwortung kann nicht von einem „Team“, sondern nur von einer Einzelperson übernommen werden, die kraft ihrer Qualifikation die notwendige fachliche Kompetenz und die erforderlichen Handlungsbefugnisse besitzt. Hierdurch wird die fachliche Kooperation und Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter für die ihnen obliegenden Aufgaben nicht berührt.

In diesem Zusammenhang muß der Aufbau Psychiatrischer Dienste an Gesundheitsämtern mit entsprechender fachlich qualifizierter Ausstattung als Alternative zu Sozialpsychiatrischen Diensten erwähnt werden. Die psychiatrische Betreuung insbesondere der Patientengruppe, die nicht aus eigener Motivation die ärztliche Behandlung suchen, hat als Teil der öffentlichen Gesundheitspflege Tradition im öffentlichen Gesundheitswesen.

2.1.6 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätten

Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sollen gemäß den Empfehlungen der Expertenkommission auf unkonventionellem Weg und mit einer niedrigen Zugangsschwelle psychisch Kranken und Behinderten möglichst auch an Abenden und Wochenenden offenstehen und

- Beratung von psychisch Kranken und Behinderten sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,
- Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung (lebens-praktisches Training),
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie psychiatrische Pflege,
- Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen

bieten.

Tagesstätten sollen gemäß den Empfehlungen der Gruppe der psychisch Kranken und Behinderten, die einerseits nicht hospitalisiert zu werden braucht, andererseits dem offenen Angebot der Kontaktstellen nicht oder noch nicht gewachsen ist, die Möglichkeit bieten, längerfristig an beschäftigungs- und arbeits-therapeutischen Programmen in fest zusammengesetzten Gruppen teilzunehmen.

Einrichtungen dieser Art zeichnen sich heute noch durch eine große Variationsbreite ihrer Angebotspalette, ihrer organisatorischen Strukturen, des Umfangs der Einbeziehung von Laienhelfern und ihres Selbstverständnisses aus.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe betont, daß Konzeption und Angebot dieser Tagesstätten eine Einordnung als teilstationäre Einrichtung im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes nicht zulassen.

Die Bundesregierung betont die Notwendigkeit eines Hilfeangebotes in diesem Bereich. Hinsichtlich der Ausgestaltung und Abgrenzung gegenüber anderen Angeboten werden sich regionale Verhältnisse entsprechend dem Bedarf auswirken. Die Bundesregierung begrüßt die Bereitschaft der gesetzlichen Krankenkassen, Kosten für qualifizierte und leistungsrechtlich anerkannte arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen, die in Tagesstätten angeboten werden können, unter der Voraussetzung zu übernehmen, daß die Indikationsstellung von einem Gebietsarzt mit Kassenzulassung zeitlich begrenzt verordnet wird. Soweit es sich um psychosoziale Hilfen handelt, die im Leistungsrecht gesetzlicher Krankenkassen nicht verankert sind, muß die Finanzierungszuständigkeit bei den Kommunen und freien Trägern liegen.

2.1.7 Natürliche Hilfspotentiale

Die Expertenkommission weist ausdrücklich darauf hin, daß Angehörige und Bezugspersonen psychisch Kranker und Behinderter in Planung, Aufbau und Gestaltung der gemeindepsychiatrischen Versorgung einbezogen werden sollen.

Freiwillige und ehrenamtliche Hilfe wird nicht entlohnt; notwendige Sachaufwendungen werden aus verschiedenen Quellen erstattet.

Die Bundesregierung hat der Selbst- und Laienhilfe stets große Bedeutung zugemessen und diese unterstützt. Hilfsvereine haben in den Anfängen der Reformbewegung, die noch von Unsicherheiten und Implementationsschwierigkeiten geprägt war, eine wichtige Aufgabe in der Wandlung der psychiatrischen Versorgung geleistet. Durch die Einbindung fachlicher Kompetenz sowie engagierter Personen in den Kommunen und die direkt gewährte finanzielle Unterstützung durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe haben sich – oft in Verbindung zwischen psychiatrischem Krankenhaus und ambulantem Versorgungsbereich – neue Versorgungsformen entwickeln können, die den Reformabsichten entsprechen.

Die Förderung von Selbsthilfegruppen und deren Initiativen ist grundsätzlich eine kommunale Aufgabe; ihre Förderung muß in die Psychiatrieplanung eingepaßt werden.

2.1.8 Beschützte Wohnangebote

Es ist als unbestritten anzusehen, daß zur gesellschaftlichen Integration psychisch Kranker, insbesondere chronisch psychisch Kranker und Behinderter, die oftmals keine funktionierenden Familien mehr haben, beschützte Wohnformen in abgestufter Form angeboten werden müssen. Dazu gehören verschiedene Wohnformen, Übergangseinrichtungen und Wohnheime.

2.1.8.1 Einzel- und Gruppenwohnformen

Bei Wohnformen in Gruppen oder Einzelwohnen empfiehlt die Expertenkommission, das Konzept der Trennung von Wohnen/Arbeit/Freizeit/Therapie streng zu wahren. Mit Ausnahme von Heimen für schwerst und mehrfach Behinderte, fordert sie, daß bei allen Wohnformen die erforderlichen Hilfen zur Tagesstrukturierung und Rehabilitation durch die regionalen ambulanten Dienste in räumlicher Trennung vom Wohnbereich zu erbringen sind.

Die Bereitstellung von Wohnraum liegt in der Verantwortlichkeit der Kommunen.

Der individuell unterschiedliche Betreuungsbedarf erfordert es, den Personalschlüssel flexibel, d. h. bedarfsgerecht, anzupassen. Die Expertenkommission legt keinen Personalschlüssel fest. Erfahrungsgemäß hat sich nach Auffassung einiger Verbände ein Personalschlüssel von 1 : 12 als das Mindeste, das gewährleistet sein muß, erwiesen.

Die Bundesregierung sieht es als unabdingbar an, daß der Betreuungsbedarf des einzelnen Patienten grundsätzlich gesichert sein muß, da anderenfalls das Konzept „beschütztes Wohnen“ als wichtiger „Baustein“ gemeindeintegrierter Versorgung bereits im Ansatz gefährdet ist. Im Hinblick auf den hohen Stellenwert, der beschützten Wohnformen für die Nachsorge und gesellschaftliche (Re-)Integration chronisch psychisch Kranker beizumessen ist, sieht es die Bundesregierung als unerlässlich an, daß Finanzierungsregelungen im Zusammenwirken aller, die Teilzuständigkeiten für diesen Bereich haben, getroffen werden.

Da die Frage des Angebots beschützter Wohnformen im engen Zusammenhang mit der Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker und Behinderter steht, wird eine Lösung der Finanzierungsregelung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger, die in der Zuständigkeit der Länder liegt, mancherorts bereits im Zuge der Erarbeitung neuer Ausführungsgesetze zum BSHG verhandelt.

Daneben gibt es die Erklärung der gesetzlichen Krankenkassen, medizinische Leistungen, sofern sie ärztlich verordnet werden, zu übernehmen. Beides wird von der Bundesregierung ausdrücklich begrüßt.

Nach Ansicht der Bundesregierung sind, im Hinblick auf die große Bedeutung beschützter Wohnformen für eine gemeindeintegrierte Versorgung psychisch Kranker, auf der Ebene der Kommunen, der

Länder und der Selbstverwaltung Finanzierungs-konzepte zu entwickeln.

2.1.8.2 Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen fallen nicht unter das Heimgesetz (§ 1 Heimgesetz). Leistungen nach § 39 SGB V (Krankenhausbehandlung) würden eine Zulassung als Krankenhaus nach § 108 SGB V voraussetzen; Leistungen nach § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitationsmaßnahmen) setzen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V voraus.

Die gesetzlichen Rentenversicherungsträger sind der Auffassung, daß in Übergangseinrichtungen medizinische Leistungen der Rehabilitation im Sinne des § 1237 RVO in der Regel nicht geboten werden. Nach den Voraussetzungen des Arbeitsförderungsgesetzes (§§ 56 ff. AFG) kommt eine Leistungspflicht der Bundesanstalt für Arbeit nur bei gezielten Einzelmaßnahmen in Betracht.

So werden die Pflegesätze bisher fast ausnahmslos im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe (§ 39 Abs. 3 BSHG) durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe aufgebracht, die die Übernahme der Pflegesätze jedoch in Anbetracht der ungeklärten Rechtslage stets als vorläufig und vorbehaltlich betrachtet haben.

Als Voraussetzung für die Übernahme der Kosten durch die Sozialleistungsträger wird von diesen eine Regelung der Frage der ärztlichen Verantwortung in diesen Übergangsheimen, der bereitzustellenden Rehabilitationsmaßnahmen und des Abschlusses eines Versorgungsvertrages gemäß § 111 SGBV bei den Landesverbänden der Krankenkassen gefordert. Nach Auffassung der Sozialleistungsträger setzt die ständige ärztliche Verantwortung zumindest eine gebietsärztliche Beratung für Träger und Personal voraus, durch die Definition und Überwachung der Behandlungsmittel und -ziele sowie die Prüfung des ärztlichen Behandlungsplanes im Zuge der fortschreitenden Behandlung gewährleistet wird.

Nach Ansicht der Bundesregierung ist das Angebot an Rehabilitationsmaßnahmen für die Gruppe von Patienten, die noch nicht das Konzept beschützter Wohnformen/ambulante Hilfen zur Tagesstrukturierung und Rehabilitation in räumlicher Trennung nutzen können, zu vergrößern. Ein möglicher Weg bietet sich in einer Weiterentwicklung von Übergangseinrichtungen mit der Orientierung am Anforderungsprofil der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, soweit ein Bedarf besteht.

2.1.8.3 Wohnheime

Für die langfristige Unterbringung schwer gestörter chronisch psychisch Kranker und Behinderter, bei denen zunächst eine stationäre medizinische Behandlung bzw. eine medizinische oder berufliche Rehabilitation in medizinischen oder berufsfördernden Spezialeinrichtungen nicht indiziert ist oder adäquate Hilfe durch Betreuung in beschützten Wohnformen nicht erbracht werden kann, werden nach Meinung der Experten auch in Zukunft Wohnheime benötigt wer-

den. Das Wohnheim soll ebenfalls Teil einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sein. Aufgaben und Programm ergeben sich aus den Arbeits-, Beschäftigungs-, Betreuungs- und Freizeitbedürfnissen der Behinderten. Eine deutliche institutionelle Trennung von Werkstätten für Behinderte ist aufrecht zu erhalten.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe spricht sich in ihren Empfehlungen „Seelisch Behinderte im Wohnheim für Behinderte“ vom 10. November 1988 dahin gehend aus, daß Maßnahmen der allgemeinen sozialen Rehabilitation im Wohnheim Behinderten gewährt werden, die zur Eingliederung in die Gesellschaft der Heimbetreuung bedürfen, ohne gleichzeitig stationäre Behandlung oder medizinische und berufliche Rehabilitation zu benötigen. Voraussetzung nach diesen Empfehlungen sei, daß

- „ — im Rahmen eines zielgerichteten Gesamtplanes in überschaubarer Zeit eine Ermöglichung oder Verbesserung ihrer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation nicht erwartet werden kann, oder
- sie Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation oder der kurativen medizinischen Versorgung benötigen, diese aber nicht notwendiger Bestandteil einer stationären Behandlung sein müssen und daher auch ambulant erbracht werden können.“

Die Bundesregierung stimmt im Grundsatz dieser Konzeption künftiger Entwicklung zu; sie erkennt jedoch nicht die besonderen Schwierigkeiten, die in dem hier berührten Bereich zwischen stationärer Versorgung, -pflege und Betreuung bestehen.

3. Rehabilitation, Arbeit und Berufsförderung

Die Expertenkommission stellt heraus, daß die Integration der Behinderten im Arbeitsleben in der Bundesrepublik Deutschland auch im internationalen Vergleich ein hohes Niveau erreicht hat. Ziel der Bemühungen war und ist, allen Behinderten ohne Rücksicht auf die Art und Ursache ihrer Behinderung die Hilfen zu gewähren, die unter Berücksichtigung von Schwere und Auswirkung der jeweiligen Behinderung im Einzelfall zur dauerhaften Eingliederung in das Arbeitsleben und in die Gesellschaft erforderlich sind.

Unter Federführung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung hat ein „Arbeitskreis zur Klärung von Fragen im Bereich der beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter“ eine bundesweite Bestandsaufnahme erarbeitet und einen „Vorschlag für den behinderungsgerechten Ausbau des Systems der beruflichen Eingliederung in der Bundesrepublik Deutschland“ vorgelegt. In diesem Arbeitskreis waren die Rehabilitationsträger, die Einrichtungsträger und Fachleute vertreten. Den einvernehmlich erarbeiteten Lösungskonzepten hat sich die Expertenkommission grundsätzlich angeschlossen.

Die Grundideen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Möglichst alle im Sozialrecht vorgesehenen beruflichen rehabilitativen Maßnahmen sollen ortsnahe angeboten werden (als unverzichtbarer Bestandteil gemeindenaher Psychiatrie),
- die Einrichtungen und Dienste sollen untereinander Kooperationsabsprachen treffen, um für die Rehabilitanden Durchlässigkeit und Kontinuität der Maßnahmen zu gewährleisten,
- es soll eine kontinuierliche, begleitende Beratung eingerichtet werden, die im gemeinsamen Auftrag der zuständigen Träger der beruflichen Eingliederung arbeitet.

Bei der Umsetzung dieses Konzepts sind Fortschritte zu verzeichnen. Ein Entwurf der Kooperationsvereinbarungen der Rehabilitationsträger ist inzwischen vorgelegt und beraten worden. In der Praxis bestehen jedoch weiterhin Schwierigkeiten, das an sich gut entwickelte System der beruflichen Rehabilitation für psychisch Behinderte hinreichend zu nutzen und Ansprüche auf berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in gleichem Maße zu realisieren wie für in anderer Weise Behinderte.

Die Kommission gibt an, daß die hohe Zahl der Frühberentungen, davon rund 76 % ohne vorausgegangene Rehabilitationsmaßnahmen, als Indiz dafür gewertet werden kann, daß die Umsetzung des Gebotes „Rehabilitation vor Rente“ für psychisch Kranke und Behinderte noch nicht voll realisiert ist. Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland über 20 000 Arbeitnehmer wegen psychischer Leiden zu Frühinvaliden und der Prozentsatz der seelisch Behinderten ist unter den eingegliederten Schwerbehinderten mit rund 5 % extrem gering.

Um der sozialrechtlichen Gleichstellung der psychisch Behinderten mit den anderen Behinderten in der Praxis besser Rechnung tragen zu können, fordert die Expertenkommission eine noch stärkere Anpassung des Systems an die Besonderheiten psychischer Erkrankungen und Behinderungen und zwar sowohl bei den Kriterien der Leistungsvoraussetzungen als auch bei der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen (Prognose, Therapieabbruch). Die Expertenkommission fordert auch für den psychisch Kranken und behinderten Menschen die Wiedereingliederung in Gesellschaft, Familie und Beruf als das übergeordnete Ziel der Rehabilitation anzuerkennen. Nach ihrer Ansicht ist es für eine psychiatrische Erkrankung als krankheitsspezifisch anzuerkennen, daß die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit nicht das einzige Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen sein könne.

Jede wesentliche Besserung, die zu einer Reintegration in den Alltag, in Familie, Gemeinde führt, sei bereits als erfolgreiche Rehabilitation anzuerkennen und leistungsrechtlich abzusichern. Nach Ansicht der Expertenkommission müsse dieser zentrale Gedanke psychiatrischer Rehabilitation im Krankenversicherungsrecht (§ 43 SGB V) und im Rentenversicherungsrecht Berücksichtigung finden.

Die Bundesregierung unterstützt uneingeschränkt die Forderung, daß auch für psychisch Kranke und

Behinderte aus therapeutischen wie aus humanitären Gründen Möglichkeiten der Teilhabe an Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu schaffen sind.

Die Bundesregierung kann nur in Erinnerung rufen, daß der Gesetzgeber der Rentenversicherung auf dem weiten Feld der Rehabilitation den klar umrissenen Auftrag gegeben hat, die Wiedereingliederung Kranker und Behinderter in das Erwerbsleben zu fördern (§ 1236 RVO, § 13 AVG, § 35 RKG). Der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation zugewiesen. Die Grenzen dessen, was bei einer psychischen Erkrankung noch als medizinische Rehabilitation anzusehen ist, können nicht beliebig ausgedehnt werden. Soweit die Leistungen der Krankenkassen im pflegerischen und therapeutischen Bereich durch Gesetz begrenzt sind, ist eine Erweiterung nur durch eine Gesetzesänderung möglich. Mit der Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber den zur Erreichung einer angemessenen und krankheitsspezifischen Versorgung notwendigen Spielraum erweitert.

Nach Auffassung der Bundesregierung bedarf es neben einer an den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter orientierten Anwendung und Ausschöpfung des geltenden Rechts des Auf- und Ausbaus eines tatsächlichen Angebots bedarfsgerechter Hilfen, um eine angemessene Rehabilitation und Eingliederung in das Arbeitsleben zu sichern. Aus therapeutischer Sicht bedarf es eines Angebots an qualifizierten Einrichtungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie eines Bewußtseinswandels der in den therapeutischen Institutionen Tätigen.

Das Konzept der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) auf der Basis der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit trägt der notwendigen Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation Rechnung. Entgegen der ursprünglichen Planung, in jedem Bundesland mindestens eine dieser Einrichtungen zu errichten, wurde nach jetzt nahezu drei Jahren der insgesamt vierjährigen Erprobungsphase erst in fünf Bundesländern jeweils eine RPK eingerichtet. Der Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung liegt vor. Nach Besprechung mit den zuständigen Leistungsträgern und Verbänden ist für die Bundesregierung ein weiterer Forschungsbedarf nicht erkennbar. Ob und in welchem Umfang Leistungen in Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte erbracht werden, ist von den zuständigen Leistungsträgern zu entscheiden; die Partner der Empfehlungsvereinbarung haben zu befinden, ob und in welcher Form sie diese fortführen, eventuell mit Abänderungen.

Die Bundesregierung würde ein verstärktes Angebot im Hinblick auf die Bedeutung des Konzepts für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter begrüßen.

Um das Potential der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke für eine gezielte berufliche Ausbil-

derung oder Umschulung psychisch Behinderter besser nutzen zu können, unterstützt die Bundesregierung die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke dabei, ein fachgerechtes und den Bedürfnissen der psychisch Behinderten angepaßtes Angebot zu schaffen und sich für diesen Personenkreis zunehmend zu öffnen. Zur Vorbereitung auf Maßnahmen der beruflichen Ausbildung und Umschulung in den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken sind darüber hinaus mit Unterstützung der Bundesregierung mehrere Modelleinrichtungen errichtet worden, die den Zugang zur beruflichen Rehabilitation weiter verbessert haben.

Die zunehmende Differenzierung der Werkstätten für Behinderte nach Behinderungsart sowie rehabilitativen Funktionen kommt einer langjährigen Forderung der Betroffenen nach. Für psychisch Behinderte hat sich die Errichtung besonderer Abteilungen in Werkstätten, die den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen mit darauf abgestimmten Förder- und Arbeitsangeboten Rechnung tragen, bewährt. Hier müssen die Möglichkeiten der Werkstättenverordnung stärker als bisher genutzt werden, um unter dem rechtlichen und organisatorischen Dach der Werkstätten von den Behinderten überschaubare Beschäftigungsmöglichkeiten, z. B. in Form kleiner Geschäftsläden oder Reparaturwerkstätten, zu schaffen. Dieses Angebot wird zunehmend angenommen.

Daneben gilt es, die Bemühungen um die Schaffung sogenannter Selbsthilfefirmen für psychisch und sonstige schwer vermittelbare Behinderte zu unterstützen und deren Entwicklung zu beobachten und zu fördern. Dabei muß zunächst geprüft werden, ob die bestehenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen ausreichen, um die Existenz solcher Selbsthilfefirmen langfristig zu sichern und um dauerhafte Beschäftigungsverhältnisse zu bieten oder ob und welche ergänzenden Maßnahmen, beispielsweise in Form von Beratung, notwendig sind.

Die rechtliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit ist in den §§ 86 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch geregelt. Um auch für den Rehabilitanden die Überschaubarkeit und Kontinuität der Maßnahmen in praxi zu gewährleisten, empfiehlt die Expertenkommission die Einrichtung einer kontinuierlichen begleitenden Beratung, die als „Gemeinschaftsdienst aller Träger der beruflichen Rehabilitation“ im gemeinsamen Auftrag der zuständigen Rehabilitationsträger arbeitet und über Kenntnisse über die rechtliche Situation und die regionalen Verhältnisse verfügt. Dieses Konzept wird von der Bundesregierung begrüßt. Es sollte zum festen Bestandteil gemeindenaher psychiatrischer Versorgung werden.

Die Bundesregierung begrüßt ferner die Bemühungen der Länder, zügig ein flächendeckendes Angebot von psychosozialen Diensten zu schaffen auf der Grundlage von Vereinbarungen mit den Hauptfürsorgestellen, die psychosoziale Betreuung als Teil der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben bieten und öffentliche und private Arbeitgeber

durch Beratung unterstützen. Sie hält es ebenfalls für richtig, daß die Hauptfürsorgestellen arbeitslose Schwerbehinderte, die psychosozialer Betreuung bedürfen, einbeziehen.

Die Inanspruchnahme psychosozialer Dienste wird dadurch erleichtert, daß die Schwerbehinderteneigenschaft im Einzelfall auch durch ein fachärztliches Gutachten auf der Grundlage der „Anhaltspunkte für die Gutachtertätigkeit im sozialen Entscheidungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ nachgewiesen werden kann, ohne daß es eines Schwerbehindertenausweises bedarf. Entsprechend verfahren auch die Arbeitsämter bei Anträgen psychisch Behinderter auf Gleichstellung gemäß § 2 SchwbG. Nach Ansicht der Bundesregierung dürfte dies einer nicht unerheblichen Anzahl von psychisch Behinderten zugute kommen.

Von besonderer Bedeutung ist auch die Schaffung von geeigneten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Hier sind die Möglichkeiten des Schwerbehindertengesetzes in vollem Umfang zu nutzen, um die öffentlichen und privaten Arbeitgeber auf dieser Grundlage bei der Einstellung von psychisch Behinderten zu unterstützen. Dabei kommt der psychosozialen Betreuung als Teil der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben, bei der die Hauptfürsorgestellen auch freie Träger beteiligen können, eine Schlüsselfunktion zu, und zwar nicht nur für psychisch Behinderte, sondern für alle Schwerbehinderten und Gleichgestellten, bei denen eine solche Betreuung nach den Umständen des Einzelfalles nötig ist.

4. Aspekte der Versorgung spezieller Gruppen

Die Expertenkommission spricht spezielle Empfehlungen aus für die Gruppe der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen, der psychisch kranken alten Menschen, der Abhängigkeitskranken sowie der neurotisch und psychosomatisch Kranken, da diese Gruppen spezifischer Versorgungsmaßnahmen bedürfen.

4.1 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Die Expertenkommission hat ihren Empfehlungen die Annahme zugrundegelegt, daß 5 % aller Kinder und Jugendlichen eindeutig psychiatrisch behandlungsbedürftig seien. Diese Zahl wird von einigen Verbänden und den Ländern als zu hoch angesehen; es wird auch auf die Gefahr einer Psychiatisierung von Kindern und Jugendlichen hingewiesen.

Die Expertenkommission weist auf die Besonderheiten der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher hin, die geprägt sind durch die Interdisziplinarität zwischen Fachleuten aus den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Pädiatrie, der Entwicklungspsychologie, der Psychotherapie, der Erziehung und der Bildung. Entsprechend vielfältig sind die institutionellen Hilfen in den einzelnen Fachbereichen sowie in und für das soziale Umfeld und Vorfeld von Freizeitgestaltung, Schule und Familie. Das System der Einrichtungen und ihrer Träger sowie

die Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Krankenkassen, Jugendhilfe und Sozialhilfe, Erziehungs- und Bildungswesen ist vielgliedrig und oft auch unübersichtlich.

Interdisziplinäre Kooperation zwischen den einzelnen Fachbereichen und Anbietern, die Einbeziehung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kompetenz in die Arbeit der Vor- sowie Umfeldeinrichtungen, also vor allem in Förderstellen, Erziehungsberatungsstellen mit den komplementären Einrichtungen wird von den maßgeblichen Verbänden und den Ländern im Grundsatz begrüßt z. T. sogar gefordert. Die Bundeskonferenz der Erziehungsberatung e. V. tritt nach wie vor für eine kontinuierliche Mitwirkung von Ärzten in Beratungsstellen ein, betont aber gleichzeitig die Gleichberechtigung der Mitarbeiter aller Fachrichtungen.

Neben dem Appell an die Kooperationsbereitschaft ist nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Forderung neuer Kooperationsmodelle für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater mit Einrichtungen des Vor- und Umfeldes unerlässlich. Die Entwicklung von Kooperationsmodellen könne u. a. Aufgabe von regionalen Planungsgremien sein, in denen niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Klinikärzte neben Vertretern der Trägerverbände mitarbeiten. Sie spricht sich i. S. der Empfehlung der Expertenkommission ausdrücklich dafür aus, daß die am Bedarf orientierte Versorgung durch Anknüpfung an bewährte Strukturen und deren behutsame Weiterentwicklung erfolgen soll und nicht durch die Neuentwicklung von Einheitsstrukturen.

Versorgungsdefizite ergeben sich im stationären Bereich durch die geographische Ungleichverteilung der an sich ausreichenden stationären Behandlungskapazität. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen, die Verbesserung der Versorgung grundsätzlich nicht durch weiteren Ausbau der stationären Kapazitäten anzustreben, sondern eine Verbesserung vor allem durch Erweiterung des Angebotes im ambulanten und komplementären Bereich zu erreichen, was gleichzeitig der Forderung nach einer gemeindenahen Betreuung entspricht.

Der ambulante Bereich zeichnet sich jedoch z. Z. noch durch deutliche Versorgungsdefizite aus. Der Hauptgrund für das hohe Behandlungsdefizit ist in erster Linie durch die zu geringe Zahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater zu sehen. Um dem entgegenzuwirken, wird von den Berufsverbänden der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Niederlassung höchste Priorität zugemessen.

Hierzu bedürfe es der

- Aufstellung eigener kinder- und jugendpsychiatrischer Bedarfspläne bei den kassenärztlichen Vereinigungen,
- Erweiterung und Verbesserung der Abrechnungsmöglichkeiten für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, insbesondere die Ermöglichung einer multiprofessionellen Ausstattung kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater fordert, die Benachteiligung gegenüber Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren durch eine relationsgerechte Berücksichtigung von kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen in der Gebührenordnung zu kompensieren. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung streben an, die Rahmenbedingungen für die Niederlassung von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verbessern. In gewissem Maße sei bereits durch eine Korrektur der Gebührenordnung diesem Rechnung getragen. Insgesamt wird jedoch von den Berufsverbänden die Situation solange als unzureichend angesehen, wie es den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern nicht möglich ist, Leistungen von nichtärztlichen medizinischen Hilfsberufen, z. B. aus dem Bereich der Krankengymnastik, Sprachheilbehandlung, Ergotherapie und für noch ungenügend oder noch gar nicht berücksichtigte Bereiche wie Heilpädagogik, Bewegungstherapie und Soziotherapie, gesondert abzurechnen. Dies sei Voraussetzung dafür, daß niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater das gleiche Leistungsspektrum wie Institutsambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren anbieten können, so daß die Versorgung außerhalb der Praxis auf das notwendige Maß vor- und nachstationärer Betreuung und komplexer Spezialbehandlungen begrenzt werden kann. Die Schaffung der Voraussetzungen liegt in der Autonomie der Vertragsparteien in der kassenärztlichen Versorgung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Die Befürchtung, daß Institutsambulanzen den Versorgungsauftrag der Kassenärzte schmälern könnten, wird von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Grund einschlägiger Erfahrungen nicht geteilt. Es habe sich gezeigt, daß sich dort, wo der Bedarf gedeckt ist, die Aufgaben differenzieren.

Tageskliniken sollen i. d. R. an stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen angebunden werden. Wenn dies nicht der Fall ist, ist es aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig, daß sie das Versorgungsspektrum nicht einengen (z. B. auf leichte Erkrankungen und Störungen) und in den regionalen Versorgungsverbund einbezogen bleiben.

Sozialpädiatrische Zentren sind vom Gesetzgeber erstmals im Leistungsrecht des Gesundheits-Reformgesetzes aufgenommen. Sie sollen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und unter Einbeziehung von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen die Behandlung von Kindern übernehmen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von qualifizierten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

Das Konzept der Sozialpädiatrischen Zentren stößt bei den Berufsverbänden auf Widerstand.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten es für fraglich, ob im Zuge des Ausbaus des komplementären

ren Bereichs neben den vorhandenen Behandlungs- und Betreuungsangeboten Sozialpädiatrische Zentren eine Funktion erfüllen können. In diesem Zusammenhang weist der Berufsverband der deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hin, daß eine kinder- und jugendpsychiatrische Schwerpunktpraxis, gegebenenfalls als Gruppenpraxis, sowohl die Abdeckung des eigentlichen Aufgabenbereichs eines Sozialpädiatrischen Zentrums, nämlich die sensomotorische Entwicklungsrehabilitation (Früherkennung und Frühbehandlung leicht und mehrfach behinderter Säuglinge und Kleinkinder) als auch die für eine adäquate Versorgung notwendige kinder- und jugendpsychiatrische sowie neuropädiatrische Kompetenz gewährleisten kann, und dies unter kostengünstigeren Bedingungen, sofern ihnen die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Motopäden, Heilpädagogen, Logopäden, Sozialarbeiter) nach dem Leistungsrecht, d. h. mit gesonderter Abrechnungsmöglichkeit, ermöglicht wird.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß gerade bei Kindern und Jugendlichen, die sich in einem Entwicklungsprozeß befinden, die Zuschreibung von „Krankheit“ oder „Behandlungsbedürftigkeit“ im Hinblick auf eine „Psychiatisierung“ und mögliche Beeinträchtigung des weiteren Lebensweg nur mit größter Zurückhaltung vorgenommen werden sollten.

Die Bundesregierung sieht die gemeinsame Verantwortung der Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hilfen für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bereitzustellen, die die vielschichtigen Ursachenzusammenhänge, die zu seelischen und psychosozialen Krisen und zu Krankheiten führen können, berücksichtigen und jeweils auf die vielfältigen sozialen und familiären Ursachen eingehen. Aufgrund ihrer gemeinsamen Verantwortung müssen die beiden unterschiedlichen Fachdisziplinen im besonderen Maße ihre Hilfsangebote aufeinander abstimmen und ihre Handlungsschwerpunkte so definieren, daß bei Diagnose und nachfolgender Betreuung/Behandlung die Kompetenz des jeweils anderen Fachbereiches einbezogen ist. Hierzu bedarf es der intensiven Zusammenarbeit i. S. konsiliarischer Kooperation beider Fachdisziplinen. In Erziehungsberatungsstellen und stationären Einrichtungen der Jugendhilfe sollten Kinder- und Jugendpsychiater durch feste Kooperation eingebunden sein.

Es ist zu prüfen, ob „Clearingstellen“, ggf. in Anbindung an die regional zuständige stationäre Versorgungseinrichtung, einzurichten sind, um unter gemeinsamer Mitwirkung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Indikation für Maßnahmen bei besonders problematischen Kindern und Jugendlichen abzuklären bzw. aufeinander abzustimmen.

Die dann als erforderlich erkannte Hilfe muß in der Institution geschehen, die die Behandlung erbringen kann. Eine stationäre Krankenhausbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann nur nach Aus-

schöpfung aller anderen verfügbaren Maßnahmen erfolgen.

Im neuen Kinder- und Jugendhilfegesetz vom 26. Juni 1990 (KJHG Artikel 1 §§ 16ff. BGBl. I S. 1163) wird ein den Erfordernissen entsprechender Ausbau der Erziehungs- und Familienberatung vorgeschrieben. Die für die Jugendhilfe zuständigen Senatoren und Minister der Länder unterstreichen in ihren Grundsätzen für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen ebenso wie Artikel 1 § 28 KJHG den Grundsatz der Multidisziplinarität des Teams. Soweit die Bundesländer Richtlinien zur Erziehungsberatung erlassen haben, sehen diese die Mitwirkung eines Arztes ausdrücklich vor.

Darüber hinaus soll künftig die Jugendhilfe vorrangig für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zuständig sein (Artikel 1 § 10 Abs. 2, § 27 Abs. 4 KJHG). Um nach dieser Neuregelung die im Bundessozialhilfegesetz verankerte fachliche, insbesondere ärztliche Mitwirkung zu sichern, sieht Artikel 1 § 36 Abs. 3 KJHG die Beteiligung des behandelnden Arztes, des Gesundheitsamtes, des Landesarztes nach § 126a des Bundessozialhilfegesetzes, des Trägers der Sozialhilfe und der Bundesanstalt für Arbeit vor.

Um die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen unverzichtbare Kooperation von Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherzustellen und eine Abstimmung der vorhandenen regionalen Versorgungsangebote zu gewährleisten, erscheint die Einbindung in kommunale Koordinationsstellen, in denen Vertreter beider Fachbereiche und Kostenträger vertreten sind, als ein wirkungsvolles Instrument. Es ist auch zu prüfen, inwieweit sich die Übertragung von Planungs- und Versorgungsverantwortung für Kinder und Jugendliche auf kommunenübergreifende Länderebene als wirkungsvolle Regelung erweisen kann.

Um möglichen Versorgungsdefiziten im ambulanten Bereich zu begegnen, sind nach Auffassung der Bundesregierung die Forderungen der Berufsverbände nach Verbesserung der Rahmenbedingungen für die freie Niederlassung von den Selbstverwaltungsgorganen zu prüfen.

Anstrengungen zur Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beginnen bereits bei der Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals. Nach Auffassung der Bundesregierung bedarf es der Einrichtung von Lehrstühlen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Universitäten, an denen das Fachgebiet noch nicht vertreten ist sowie einer angemessenen Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Medizinstudium. Im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist eine stärkere Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Inhalte in die Ausbildungs- und Studiengänge anderer Fächer wie Psychologie, Pädagogik, Heil- und Sozialpädagogik geboten.

4.2 Psychisch kranke alte Menschen

4.2.1 Versorgungssituation

Die Versorgungssituation psychisch kranker alter Menschen ist einerseits gekennzeichnet durch eine Reihe von Defiziten an spezifischen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen sowie zum anderen durch die demografische Entwicklung, die es erforderlich macht, adäquate Versorgungsstrukturen neu zu entwickeln. Aufgrund von Hochrechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird für das Jahr 2030 von einem Anteil von 24 % über 65jähriger an der Gesamtbevölkerung auszugehen sein, die absolute Zahl der über 65jährigen wird bis zum Jahr 2030 von 8,8 auf 11 Mio. ansteigen.

Das von der Expertenkommission vertretene Konzept eines spezifischen gerontopsychiatrischen Versorgungsangebotes in Form eines Gerontopsychiatrischen Zentrums, das in seinem Kern neben dem stationären Bereich eine teilstationäre Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtung (Tagesklinik) und einen ambulanten Dienst umfassen und Altenberatung mit einbeziehen soll, wird von den Verbänden nicht uneingeschränkt befürwortet. Einige Verbände warnen vor dem Risiko, die ohnehin bestehende Tendenz zur Ausgrenzung psychisch kranker alter Menschen zu verstärken. Zudem erhebe sich die Frage, ob auch in fachlicher Hinsicht die Versorgung von der ärztlichen über die therapeutisch-pflegerische und psychologische Leistung alleine bzw. vorwiegend von einer zentralen Institution aus geleistet werden muß.

So betont die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, daß die ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste differenzierte und qualifizierte Leistungen anbieten müssen, die weit über Behandlungspflege und kurzfristige Unterstützung von Angehörigen bei der Grundpflege hinausgehen. Um dieses leisten zu können, bedürfe es des Ausbaus der gerontopsychiatrischen Pflege, besserer personeller Qualifikation, Weiterentwicklung des Leistungsrechts.

Die Bundesregierung vertritt gemeinsam mit den Ländern und Verbänden die Auffassung, daß es zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung gerontopsychiatrischer Spezialfunktionen bedarf, die im ambulanten Bereich von Tagesklinik, Tagesstätte, ambulant-aufsuchenden Diensten und Altenberatung geboten werden. Diese Einrichtungen müssen in die regionale Versorgungsstruktur eingebunden sein.

Neben der in der Regel gut funktionierenden Betreuung durch den niedergelassenen Nervenarzt in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, bedarf es im ambulanten und teilstationären Bereich eines Versorgungsnetzes, das im Anschluß an die stationäre Behandlung rehabilitative Maßnahmen bietet, um den für viele psychisch kranke alte Menschen schwierigen Übergang von der stationären Versorgung zur völligen oder partiellen Selbständigkeit in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen mit dem Ziel, die Selbständigkeit der Lebensführung möglichst lange zu erhalten oder wiederherzustellen

und damit Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern.

Nach Ansicht der Bundesregierung besteht noch Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, inwieweit zur adäquaten Versorgung psychisch kranker alter Menschen ein spezifisches Zentrum mit institutionellem Charakter erforderlich ist oder im ambulanten Bereich Strukturen zu bevorzugen sind, die eine weitgehende Integration der geforderten Spezialfunktionen in die allgemeinmedizinische/allgemeinpsychiatrische Versorgung erleichtern und damit, auch im Hinblick auf eine i. d. R. vorliegende Multimorbidität einem ganzheitlichen Therapie- und Betreuungsansatz gerecht werden. Es bedarf weiterer Überlegungen, in welcher Weise gerontopsychiatrische Behandlungsangebote in die Regionalversorgung eingepaßt werden können und welche Kooperationsformen mit den Altenhilfeeinrichtungen sowie dem allgemeinmedizinischen/allgemeinpsychiatrischen Bereich erforderlich sind. Grundsätzlich ist der weitere Ausbau bestehender Angebote und bessere personelle Qualifizierung mit Stärkung psychogeriatrischer Kompetenz zu fördern.

Von großer Bedeutung ist für den ärztlichen Bereich die verstärkte Ausrichtung auf gerontopsychiatrische Inhalte in der Weiterbildung, insbesondere in der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin.

4.2.2 Heim- und Pflegebereich

Die Expertenkommission empfiehlt, daß spezielle Heime und Stationen für chronisch schwerer psychisch gestörte und verwirrte Patienten die Ausnahme bleiben sollen, um einer weiteren „Ghettoisierung“ nicht Vorschub zu leisten, solange die Relation der schwerer psychisch Gestörten zu den leichter zu Betreuenden die Versorgung des einzelnen nicht gefährdet.

Da eine adäquate Versorgung in hohem Maß von personellen und konzeptionellen Bedingungen abhängig ist, weist die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in diesem Zusammenhang auf den drohenden „gerontopsychiatrischen Pflegenotstand“ in den Heimen der Altenhilfe hin, in denen die Pflegesituation u. a. auch durch den Bettenabbau in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern in den letzten Jahren zunehmend belastet sei, ohne daß man dieser Entwicklung entgegengewirkt habe. Ein Personalschlüssel im Pflegedienst von 1 : 1,8, zuzüglich eines entsprechenden Nachtdienstes, wird als unerlässlich angesehen. Von einigen Verbänden wird die Festlegung von pflegerischen und konzeptionellen Standards für Heime sowie eine regelmäßige Überprüfung durch eine Kommission von seiten der Träger auch im Hinblick auf die Durchsetzung ihrer Forderungen als wünschenswert angesehen.

Die Bundesregierung hat Verständnis für die Forderung, die kontinuierliche fachärztliche Betreuung der Heimbewohner grundsätzlich und verbindlich zu regeln. Durch verbesserte Angebote in der ambulanten Pflege haben sich in den letzten Jahren

immer mehr Pflegeheime zu Spezialeinrichtungen zur Versorgung schwerer und schwerster psychiatrischer Pflegefälle entwickelt. Um die Sicherstellung der ärztlichen Betreuung nach § 6 Abs. 3 Ziff. 2 des Heimgesetzes zu gewährleisten ist eine kontinuierliche Betreuung erforderlich, die die Versorgungsmöglichkeit durch niedergelassene Kassenärzte kapazitätsmäßig überfordern kann. Es ist durch die Verantwortlichen zu prüfen, ob die ärztliche Versorgung z. B. durch hauptamtliche Heimärzte, durch Konsiliardienste, gemeindepsychiatrisch orientierter Nervenarztpraxen, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste oder die Verpflichtung der heimeinweisenden Ärzte zur weiteren Betreuung ihrer Patienten geleistet werden kann.

Die Heimaufsicht liegt in der Verantwortung der zuständigen Behörden in den Ländern. Die Frage, inwieweit durch Heimzusammenschlüsse in Arbeitsgemeinschaften ein größerer Erfahrungsaustausch erreicht werden kann, müssen die Wohlfahrtsverbände in der Region prüfen.

Die Novellierung des Heimgesetzes dient der Verbesserung der Situation der Heimbewohner durch Regelung über den Heimvertrag mit stärkerer Verpflichtung des Heimträgers und Einführung eines unabhängigen Heimfürsprechers in den Fällen, in denen kein Heimbeirat gebildet werden konnte. Die aus Fachkreisen gestellte Forderung, daß vor einer Heimeinweisung durch eine Kommissionsvorstellung die Indikation zu überprüfen sei, ist zu begrüßen. Jedoch wird eine Verschärfung der Einweisungsindikation alleine zu keiner Reduzierung der Heimeinweisungen führen können, wenn nicht gleichzeitig mehr Wohnmöglichkeiten für Ältere zur Verfügung gestellt werden und gleichzeitig ausreichend Angebote ambulanter gesundheits- und sozialpflegerischer Dienste, die sich nicht nur auf Behandlungspflege und kurzfristige Unterstützung von Angehörigen bei der Grundpflege beschränken, vorgehalten werden. Derartig betreute Wohnformen kommen durch die Kombination von Wohn- und Pflegeangebot den Bedürfnissen der Bewohner nach möglichst lang zu erhaltender Selbständigkeit und nach einem gesicherten Zuhause auch im Pflegefall nach.

Die Frage der Finanzierung berührt eng das dringende Problem der Absicherung des Pflegerisikos.

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger der Verbesserung bedarf. In diesem Sinn wurden durch die Gesundheitsreform neue Leistungen für Schwerpflegebedürftige eingeführt (Ersatzpflege seit 1989; Pflegehilfe ab 1991). Verbessert wurde auch die steuerliche Absetzbarkeit der Aufwendungen von Pflegepersonen durch Einführung eines Pflegepauschbetrages. Daneben wird die Alterssicherung der Pflegepersonen durch das Rentenreformgesetz 1992 verbessert.

Diese Maßnahmen dienen dem Ziel, die häusliche Pflege zu stärken und die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege tragen, zu entlasten. Sie werden gleichermaßen bei somatisch wie auch psy-

chisch Kranken erbracht. Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß weitere Verbesserungen für Pflegebedürftige — insbesondere auch für den stationären Bereich — erreicht werden müssen. Derzeit wird hierfür von der Bundesregierung ein Konzept erarbeitet, das in der nächsten Legislaturperiode umgesetzt werden soll.

Erste Aufgabe muß es jedoch sein, Pflegebedürftigkeit überhaupt zu vermeiden oder jedenfalls soweit wie möglich zu mindern. Aus diesem Grund ist durch das Gesundheits-Reformgesetz klargestellt worden, daß Versicherte Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen sowie auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation haben, die notwendig sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Bei der Ausgestaltung der Leistungen ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

4.3 Abhängigkeitskranke

Die Anzahl der behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken in der Bundesrepublik Deutschland wird mit rd. 2 Mio. angegeben (ca. 3,5 % der Bevölkerung). Etwa drei Viertel davon (ca. 2 % bis 3 %) sind alkoholkrank, davon 300 000 (ca. 0,5 %) chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke. Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird auf 300 000 bis 500 000, die der Drogenabhängigen auf 60 000 bis 80 000 geschätzt. Die große Zahl der Abhängigkeitskranken sowie die hohen direkten und indirekten Folgekosten der Abhängigkeitskrankheiten machen ihre gesellschaftspolitische Dimension deutlich und erklären das im Vergleich zu anderen psychiatrischen Patientengruppen relativ hohe Engagement, das dem Abhängigkeitsproblem entgegengebracht wird.

Die Expertenkommission konzentriert sich in ihren Aussagen zur Versorgungssituation der Abhängigkeitskranken auf die Alkohol- und Arzneimittelabhängigen. Sie vertritt die Auffassung, daß schwerwiegende Defizite in der Versorgung Abhängigkeitskranker primär nicht in zahlenmäßig unzureichenden Behandlungsangeboten zu suchen seien, sondern ihre Ursachen in strukturellen Defiziten des Versorgungssystems haben, das sich noch immer durch fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindenähe, Mangel an Koordination und Kooperation sowie durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme auszeichne.

Diese Auffassung wird im Grundsatz von Ländern und Verbänden geteilt und der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems gefordert, in dem Kooperation und Koordination der interdisziplinären Dienste und Einrichtungen gewährleistet sind.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS) weist darauf hin, daß es zum Aufbau einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgung einer regionalen Bedarfsplanung bedarf, die vorsorgende und nachsorgende Hilfen einbezieht. Hierbei seien bereits bestehende Strukturen und Versorgungssysteme zu nutzen und ein hoher Abstimmungsbedarf in bezug auf Versorgungsqualität und -quantität unter Einbeziehung der Träger der Suchtkrankenhilfe vor-

zunehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, bedürfe es der verbindlichen Einbeziehung der Suchtabteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser ebenso wie der Suchtfachkliniken in die regionale Gesamtversorgung. Ebenso seien in die regionale ambulante Versorgung neben den traditionellen Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker, Guttempler, Blaues Kreuz) und das Netz der Suchtberatungsstellen vermehrt Kapazität und Kompetenz allgemeinspsychiatrischer Versorgungsdienste, insbesondere der Institutsambulanzen und der niedergelassenen Nervenärzte aber auch der Sozialpsychiatrischen Dienste und psychosozialen Dienste einzubinden. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Suchtberatungsstellen liegt ausdrücklich in der Intention der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Um der Gefahr der Ausgrenzung der prognostisch ungünstigen Gruppe der chronisch und mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken entgegenzuwirken, empfiehlt die DHS die Übernahme einer verbindlichen Pflichtversorgung für einen regionalen Einzugsbereich sowie Krisenwohnmöglichkeiten für wohnungslose Suchtkranke und ein Langzeitbetreuungsangebot für chronisch Suchtkranke in die regionale Psychiatrieplanung einzubeziehen.

Hinsichtlich der Finanzierung der Suchtbehandlung weisen die Rentenversicherungsträger und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf die gesetzlich geregelten Leistungszuständigkeiten sowohl der Kranken- als auch der Rentenversicherungsträger hin, wodurch eine frühzeitige, nahtlose und qualifizierte Rehabilitation sichergestellt sei. Da Motivation und Prognose als Voraussetzungen für die Leistungspflicht gesetzlicher Krankenversicherung in der Regel bei chronisch Suchtkranken nicht gegeben sind, sehen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Behandlung dieses Personenkreises in der langfristigen pädagogischen und sozialtherapeutischen Betreuung in Übergangsheimen und betreuten Wohngemeinschaften, wofür in der Regel die Finanzierungszuständigkeit der Sozialhilfeträger gegeben ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen betonen ebenfalls, daß die Institutsambulanzen auch diesen Versorgungsbereich zu übernehmen haben und somit eine sinnvolle Unterstützung der ambulanten Suchtberatungsstellen bei der Versorgung chronisch Suchtkranker leisten können; diese seien aufgrund der Zielsetzung zuständig und die Finanzierung durch § 118 SGB V geregelt.

Dem Bereich der Prävention wird zunehmende Bedeutung beigemessen. Die DHS möchte der Prävention durch personenorientierte Maßnahmen und insbesondere der auf die Veränderung sozialer Lebensbedingungen abzielenden „Primärprävention“ eine höhere Bedeutung zugemessen sehen, als die Expertenkommission dies in ihrem Bericht zum Ausdruck gebracht habe durch

- „ — Schaffung von verbindlichen Strukturen zur Organisation langfristiger und umfassend angelegter Präventionskonzepte auf regionaler und überregionaler Ebene,
- Zusammenarbeit und Beteiligung von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Jugendar-

beit, Kindergärten, Schulen, Sozialleistungsträgern, Selbsthilfegruppen und Ärzten,

- Ausbau suchtmittelunspezifischer erlebnisorientierter Maßnahmen.“

Intensivere Tätigkeit auf dem präventiven Gebiet fordern auch die Spitzenverbände der Krankenkassen von den Suchtberatungsstellen. Zudem seien grundsätzlich Möglichkeiten zur Rehabilitation verstärkt durch regionale Suchtberatungsstellen, Beratungs- und Behandlungsstellen sowie Fachambulanzen zu übernehmen, die heute schon z. T. neben Beratung und Betreuung auch ambulante Behandlung durchführen und deren Behandlungserfolge mit den Erfolgen stationärer Entwöhnungsmaßnahmen in etwa vergleichbar seien. Die heute noch unterschiedliche personelle Besetzung dieser Einrichtungen bedürfe der weiteren Klärung bzw. Angleichung.

Bei den Überlegungen für eine Verbesserung der Suchtbehandlung wird die Diskussion über die begriffliche und faktische Trennung von „Entzug“ und „Entwöhnung“ zwischen Sachverständigen und Verbänden kontrovers geführt.

Die Expertenkommission sieht durch die derzeitige Praxis — Wechsel der Therapieeinrichtung und des Kostenträgers für Entzug und Entwöhnung — die gewünschte Behandlungskontinuität in Frage gestellt.

Der Verband der Fachkrankenhäuser kritisiert die bisherige „Entgiftungspraxis“ und lehnt eine dogmatische Festschreibung der Behandlungsdauer — auch für Entzugsbehandlungen — ab. Die derzeit von den Kostenträgern finanzierte Regelbehandlungsdauer von 2 Wochen für den Entzug sei in vielen Fällen zu kurz. Andererseits sei aber auch die Indikation für eine nahtlos an die Entzugsbehandlung sich anschließende stationäre Entwöhnungsbehandlung nach strengerem Kriterien zu stellen. Häufig könne der therapeutische Prozeß unter (überbrückenden) ambulanten Bedingungen sinnvoller und erfolgversprechender fortgesetzt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen relativieren den Vorbehalt der Expertenkommission gegen die Trennung von „Entzug“ und „Entwöhnung“ und weisen darauf hin, daß Suchtkranke nach erfolgter Entzugsbehandlung in der Regel zügig, ggf. mit Eileinweisung durch geeignete Verfahrensabsprache, in qualifizierten Entwöhnungseinrichtungen aufgenommen werden können. Dabei könne in der Regel ein nahtloser Übergang von der Entzugs- in die Entwöhnungsbehandlung sichergestellt werden.

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) weist als einer der Hauptleistungsträger darauf hin, daß die Unterscheidung der Therapiephasen „Entzugsbehandlung“ und „Entwöhnungsbehandlung“ nicht nur sinnvoll und sachgerecht sei, sondern auch international üblich und leistungspflichtig erforderlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verweist darauf, daß sich unter klinischen Gesichtspunkten eine Unterscheidung in Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung bewährt hat.

In diesem Zusammenhang wird auch die Frage der Einweisung in dezentrale Spezialeinrichtungen zur Langzeitentwöhnung kontrovers diskutiert. Die Spit-

zenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke halten es nicht für geboten, auf die Einweisung in dezentrale Spezialkliniken grundsätzlich zu verzichten, da sich die Nutzung auch von dezentralen Einrichtungen in der Praxis keineswegs in jedem Fall als Nachteil erwiesen habe und ggf. aus therapeutischen Gründen eine Herauslösung des Patienten aus dem sozialen Umfeld sinnvoll und notwendig ist. Die BfA betont, daß in der Bewilligungspraxis medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt und in der Belegungspraxis die Vorschläge der die Versicherten betreuenden Beratungsstellen, die sowohl den Versicherten als auch das Konzept der vorgesehenen Klinik kennen, sowie die persönlichen Wünsche des Versicherten berücksichtigt werden.

Die Bundesregierung hält es für wesentlich, daß bereits weit im Vorfeld süchtigen Verhaltens Bedingungen zu schaffen sind, die Einstellungen, Erlebnisfähigkeit und Verhaltensweisen zur konstruktiven Lebensbewältigung fördern und für ein sinnerfülltes Leben motivieren. Konsequente Prävention des Mißbrauchs beinhaltet das Zusammenwirken von Gesundheits-, Jugend-, Familien-, Sozial-, Bildungs- und Innen- und Rechtspolitik, damit gesellschaftliche Rahmenbedingungen entstehen, die den Suchtmittelmißbrauch überflüssig machen.

Die Expertenkommission konnte mit ihrem Bericht nur auf die Probleme in den Bereichen Alkohol und Medikamente eingehen; im Hinblick auf die große gesellschaftspolitische Bedeutung des Mißbrauchs illegaler Drogen, erachtet es die Bundesregierung als notwendig, in dieser Stellungnahme auf diesen Bereich hinzuweisen.

Im Rahmen des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes führt der Bund Maßnahmen der Drogenbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige durch. Derzeit werden Projekte gefördert, in denen

- *aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Abhängige,*
- *stationäre Krisenintervention,*
- *betreutes Wohnen,*
- *ambulante Ganztagsbetreuung,*
- *Betreuung und Beratung HIV-infizierter Drogenabhängiger an Drogenberatungsstellen,*
- *Rückkehrhilfe,*
- *Verstärkter (Booster)-Programm in der Drogenhilfe,*
- *Mobile Drogenprävention*

modellhaft erprobt werden.

Die Bundesregierung teilt mit den Experten, den Verbänden und Ländern die Auffassung, daß nicht die Frage der vorhandenen Kapazitäten, sondern strukturelle Veränderungen des Versorgungssystems ausschlaggebend sind für eine Verbesserung der Suchtbehandlung. Sie unterstützt das Konzept eines abgestuften Versorgungssystems für die Bereiche Prävention, Beratung, Behandlung, Nach-

sorge, das sich am Prinzip der Gemeindenähe und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ orientiert. Sie begrüßt in diesem Zusammenhang das im Auftrag der Ersatzkassen mit großem Erfolg durchgeführte Modellprogramm zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung und die Bereitschaft der Ersatzkassen, bei Eignung und Motivation des Suchtkranken ambulante Maßnahmen zur Entwöhnung von Alkohol und Medikamenten auch im Anschluß an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu bezahlen. Die Einbeziehung auch der Behandlung Drogenabhängiger ist vorgesehen. Ziel der Bemühungen aller Beteiligten muß es sein, über die bisherigen Modellprogramme hinaus ein abgestuftes, bedarfsgerechtes Versorgungssystem zu realisieren, das auf regionaler Ebene gewachsene Strukturen der Suchtbehandlung einschließt und vermehrt niedergelassene Ärzte und Institutsambulanzen bzw. Fachambulanzen sowie die Suchtfachkliniken mit einbezieht.

Um diese Entwicklung auf regionaler Ebene voranzubringen, ist eine regionale Bedarfsplanung unter Einbeziehung aller Verantwortlichen unerlässlich.

4.4 Neurotisch und psychosomatisch Kranke

Patienten mit neurotischen und psychosomatischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen machen einen Anteil von 15 bis 25 % aller Patienten aus, die im Laufe eines Jahres psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen. Die sozialmedizinische Bedeutung dieser Gruppe wird auch durch die Erhebung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) deutlich, nach der Persönlichkeitsstörungen, psychogene funktionelle Störungen und psychosomatische Erkrankungen das Gros der psychiatrischen Behandlungsleiden in der Rehabilitation der Rentenversicherung ausmachen. Psychotherapeutische Behandlung kann ebenfalls indiziert sein bei der Gruppe der psychisch kranken alten Menschen, der Abhängigkeitskranken und der chronisch psychisch Kranken sowie bei Patienten, die eine schwere chronische körperliche Krankheit seelisch nicht verkraften.

Um hier eine bessere Hilfe zu bieten, fordert die Expertenkommission eine „psychotherapeutische Basiskompetenz“ aller an der Versorgung psychisch Kranker Beteiligter um psychotherapeutische Sensibilität, Wahrnehmungs- und Behandlungsfähigkeit zu stärken; diese zu vermitteln, sei Aufgabe der Ausbildung sowie der Fort- und Weiterbildung.

Ein Teil der schwerer erkrankten Patienten bedarf einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung entsprechend den letztmals 1990 überarbeiteten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung und den darauf aufbauenden Abschlüssen der Psychotherapie-Vereinbarungen.

Die von der Expertenkommission dargelegte Situation einer noch nicht flächendeckenden ambulanten, psychotherapeutischen Versorgung begründet sich nach Auffassung einiger Verbände vor allem auf der in die-

sem Bereich besonders gravierenden geographischen Ungleichverteilung des Angebotes. Nach Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren im September 1989 im Bereich der Kassenärztlichen Versorgung 3 526 ärztliche Psychotherapeuten, 498 ärztliche Verhaltenstherapeuten, 1 706 psychologische Psychotherapeuten, (davon 682 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten) und 1 187 psychologische Verhaltenstherapeuten tätig. 1 015 Ausbildungskandidaten im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie befanden sich damals im letzten Jahr ihrer Ausbildung.

Um die notwendige Einbindung von Diplom-Psychologen in psychotherapeutische Verfahren im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung sachgerechter, berufsgerechter und qualifizierender Gesichtspunkte zu regeln und somit eine klare und eindeutige Behandlungskompetenz festzulegen, empfiehlt die Expertenkommission die Schaffung eines Psychotherapeutengesetzes. Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten diesen Vorschlag für diskussionsbedürftig. Dabei sei insbesondere zu klären, welche leistungsrechtlichen Konsequenzen mit finanziellen Folgewirkungen sich für die gesetzliche Krankenversicherung aus einer berufsrechtlichen Regelung ergeben.

Die stationäre psychotherapeutische Behandlungskapazität wird allgemein in Übereinstimmung mit der Darstellung der Expertenkommission als ausreichend angesehen. Stärker, als die Expertenkommission dies in ihrem Bericht tat, weisen jedoch die Länder und einige Verbände auf das Problem hin, das sich aus der nicht genau feststellbaren, aber insgesamt steigenden Anzahl von außerhalb der Krankenhausplanung stehenden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ergibt, die stationäre Psychotherapie anbieten, ohne daß im Einzelfall die Indikation zur Einweisung und die Effektivität der Behandlung klärbar seien.

Die BfA verweist auf die vorrangige Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers. Sie weist den globalen Vorwurf eines Überangebotes an stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Einrichtungen zurück und betont, daß 1987 durch eine Projektgruppe des Ärztetages des Verbandes der Rentenversicherungsträger ein Anforderungsprofil erarbeitet wurde, das Richtliniencharakter hat für die Fachkliniken für Psychosomatik und Psychotherapie, in denen rund 90 % der stationären Psychotherapien durchgeführt werden und die nach § 40 Abs. 2 SGB V als Rehabilitationseinrichtungen eingestuft sind. Die BfA befürwortet ein ausgebautes regionales Behandlungsangebot, sieht aber auf Grund der Besonderheiten psychischer Abwehrprozesse, die psychosomatisch-neurotischen Erkrankungen zugrunde liegen, die Bereitstellung von stationären und auch wohnortfernen Einrichtungen für entsprechende Indikationsstellungen als notwendig an.

Nach Auffassung der Bundesregierung muß im psychotherapeutischen Bereich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Hinblick auf die große Bedeutung des sozialen Umfeldes und seiner Einbeziehung in den therapeutischen Prozeß, im besonderen Maße seine Geltung haben, sofern dies nach Prüfung im Einzelfall fachlich vertretbar ist.

Die Erfahrung zeigt, daß Rezidivgefahr und Wiederholungseinweisungen nicht grundsätzlich umgekehrt proportional zur Dauer der stationären Behandlung stehen und es in der Regel fachlich geboten ist, eine ambulante Therapie an die stationäre Behandlung anzuschließen.

Die stationäre Bettenkapazität reicht aus. Die Bundesrepublik Deutschland liegt hinsichtlich der angebotenen Bettenzahl im psychosomatisch/psychotherapeutischen Bereich weltweit an erster Stelle.

Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung bestehen nach Ansicht der Bundesregierung grundsätzlich ausreichende Möglichkeiten. Verzögerungen bei der Behandlungszuweisung aufgrund fehlender Behandlungsmöglichkeiten, die den Heilerfolg negativ beeinflussen können, gibt es, abgesehen von ländlich strukturierten Regionen, in der Regel nicht mehr. Zudem darf davon ausgegangen werden, daß die Zahl der Ärzte und Diplom-Psychologen, die die Voraussetzungen der Psychotherapie-Richtlinien für eine psychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfüllen, auch künftig schnell anwächst und ein noch steigender Behandlungsbedarf befriedigt und derzeit bestehende Engpässe ausgeglichen werden können.

Eine stärkere Integration der Psychotherapie in die medizinische Behandlung ist im Hinblick auf die hohe Zahl psychosomatischer und psychoneurotischer Patienten, die in Allgemeinkrankenhäusern und in Allgemeinpraxen behandelt werden, unerlässlich. Inwieweit hierzu das Instrument der von der Expertenkommission empfohlenen sogenannten Liaison-Dienste an Allgemeinkrankenhäusern eine Lösung bietet, die von Ärzten mit Zusatzausbildung in Psychotherapie und qualifizierten Kenntnissen in der jeweils zu betreuenden medizinischen Disziplin durchgeführt werden sollen, oder ob diese notwendigen Hilfen in Form von Konsiliar-Diensten abgedeckt werden können, ohne daß hierzu bestimmte Kooperations-Modelle vorgegeben werden, wird sich entsprechend den regionalen Bedarfs- und Angebotsmöglichkeiten entscheiden müssen.

Die Bundesregierung teilt die Auffassung, daß eine berufsgesetzliche Regelung für den psychologischen Psychotherapeuten in konstruktiver Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Krankenkassen, dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, den Ärzteverbänden und den maßgebenden Psychologen- und Psychotherapeutenverbänden gefunden werden sollte. Die Bundesregierung hat durch Vergabe eines Gutachterauftrages Vorbereitungen zur Erarbeitung einer gesetzlichen Regelung für den Beruf der psychologischen Psychotherapeuten aufgenommen.

5. Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Expertenkommission weist darauf hin, daß das Konzept eines gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungsnetzes infolge des Zusammenwirkens unterschiedlicher Einrichtungstypen mit differenzier-

ten Leistungsangeboten und der dadurch gebotenen multiprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur mit der Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Dienste und Disziplinen steht und fällt, sondern in hohem Maße die Kooperationsfähigkeit aller an der Versorgung Beteiligter fordert. Dem einzelnen Mitarbeiter werden durch das Konzept der Gemeindepsychiatrie Aufgaben und Verpflichtungen zugemutet, auf die er oftmals durch seine Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet wurde. Aus diesem Grunde fordert die Expertenkommission eine Verbesserung der Grundausbildung der psychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen, die sich mehr als bisher an den Erfordernissen einer gemeindeintegrierten Versorgung orientiert.

Da zusätzlich zur Fachkompetenz im eigenen Beruf von den an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten übergreifende Kenntnisse, Fähigkeiten und Sensibilität zu psychischen und psychiatrischen Belangen im Sinne einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundhaltung gefordert sind, sieht die Expertenkommission die Vermittlung einer psychiatrischen „Basiskompetenz“ als unverzichtbar an.

Es sei Aufgabe der Berufsverbände und Einrichtungsträger durch praxisbegleitende, möglichst berufs- und institutionsübergreifende Fortbildungsveranstaltungen auf regionaler Ebene diese Basiskompetenz zu vermitteln und aufrechtzuerhalten. Kontaktpersonen aus dem Vor- und Umfeld der Psychiatrie, wie z. B. Sachbearbeiter in Behörden, die im Verwaltungsvollzug durch ihre Entscheidungen tiefgreifend in reale Situationen und psychische Befindlichkeiten der Betroffenen eingreifen, seien durch Informations- und Fortbildungsangebote zu befähigen, krankheitsbedingte Reaktionen kennenzulernen und somit psychisch Kranke und Behinderte besser zu verstehen und ihnen adäquater begegnen zu können.

Nach Ansicht der Bundesregierung ist in Anbetracht des hohen Betreuungsanteils (um 50 %), den Allgemeinärzte und Internisten bei psychischen Beschwerden und Erkrankungen leisten, zu prüfen, inwieweit Inhalte der Psychiatrie über die schon verstärkten Angebote hinaus, zu Pflichtbestandteilen der Weiterbildung zumindest für Allgemeinärzte und Internisten zu machen sind. Die sozialpsychiatrische Dimension der Versorgung ist angemessen zu berücksichtigen.

Es ist zu begrüßen, daß das Interesse der Ärzte an Fortbildung z. B. in Gesprächsführungs-Techniken und Balint-Gruppen stark gestiegen ist. Nach Aussage des für Fortbildungskongresse Verantwortlichen der Bundesärztekammer sind Veranstaltungen für Psychiatrie heute nahezu ausnahmslos am besten besucht. Dies kann als Indiz für eine zunehmende Sensibilität auf diesem Gebiet gewertet werden. Die Forderung des 92. Ärztetages nach medizinischer Fortbildung auch in Zusammenarbeit mit Sozialberufen verspricht eine Verbesserung der Verknüpfung ambulanter Arbeit mit niedergelassenen Ärzten.

Für die als notwendig erörterte und geforderte Weiterbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenschwester in der Psychiatrie sind die Län-

der zuständig. Zur Zeit bestehen in vier Bundesländern Regelungen über die staatliche Anerkennung von Fachkrankenschwestern und Fachkrankenschwestern in der Psychiatrie. Der Berufsausschuß der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die für einzelne Weiterbildungsgänge im Bereich Krankenpflege einheitliche Regelungen erarbeiten soll. Bestrebungen zur bundesweiten Anerkennung dieser Weiterbildung in der Psychiatrie und deren Fachbereichen bestehen und werden vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit begleitet. Handlungsbedarf besteht auch im Hinblick darauf, daß in absehbarer Zeit mit einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft zu rechnen ist, die die gegenseitige Anerkennung der Aus- bzw. Weiterbildungsnachweise für Fachkrankenschwesterpersonal in der Psychiatrie regelt (für die allgemeine Krankenpflege besteht eine solche Richtlinie seit 1977).

6. Bemessung des Personalbedarfs im außerstationären Bereich

Die von der Expertenkommission ausgesprochene Empfehlung, die Personalbemessung im ambulanten Bereich nicht an Richtwerten für einzelne Institutionen und Dienste festzumachen, sondern eine institutionsübergreifende Form der Personalbemessung für eine definierte zu versorgende Population (Gebiete zwischen 100 000 und 150 000 Einwohnern) zu wählen, wird allgemein als ein Lösungsversuch angesehen, um der funktionalen Betrachtungsweise des Versorgungsnetzes mit Überlappungen einzelner Dienste und Einrichtungen gerecht zu werden. Die Personalbedarfsziffern werden als hilfreich zur Orientierung und als Anreiz akzeptiert. Das Ziel ist, eine Qualitätsverbesserung der Versorgung psychisch Kranker zu erreichen durch

- Wahrung der Kontinuität der Betreuung zwischen stationärem und ambulantem Behandlungsbereich,
- Verbesserung der Qualifikation der an der Betreuung Beteiligten,
- Erleichterung der Kooperation von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen und Dienste

unter Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes.

Dazu gibt es Vorschläge wie z. B. Personalgestellungsverträge zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern und den Trägern der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Solche Überlegungen können nicht zuletzt wegen der Notwendigkeit realisierbare Finanzierungsregelungen, insbesondere zwischen dem örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu finden, nur durch die verantwortlichen Verbände, Träger und Länder gemeinsam geprüft werden.

7. Legislative Änderungsempfehlungen

Die Vorschläge der Expertenkommission beziehen sich auf die Änderung von bestehenden Leistungsgesetzen, konkret auf das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das Bundessozialhilfegesetz und das Arbeitsförderungsgesetz, da hier nach Ansicht der Expertenkommission der dringende Handlungsbedarf besteht. Zu den in die öffentliche und politische Diskussion gebrachten Überlegungen zur Einführung einer finanziellen Grundsicherung, Absicherung des Pflegeisikos und Neuregelung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts werden von der Expertenkommission keine Vorschläge gemacht.

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder verweisen in ihrer Entscheidung vom September 1989 auf die gesundheitspolitische Zielsetzung, die außerklinische Psychiatrie zu fördern, über die es seit der Psychiatrie-Enquête (1975) einen breiten Konsens gibt. Als Voraussetzung für die strukturellen Änderungen wird von ihnen eine Zuordnung der Leistungen zu den jeweiligen Trägern als unverzichtbar angesehen und die Bundesregierung aufgefordert, umgehend die legislativen Voraussetzungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, im Bundessozialhilfegesetz und im Arbeitsförderungsgesetz entsprechend den Änderungsempfehlungen der Expertenkommission zu schaffen.

Die Bundesregierung übernimmt diese Empfehlungen als Prüfauftrag und wird sie ggf. in anstehende Gesetzesvorhaben einpassen.

7.1 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG)

Die Forderung nach einer Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken wurde bereits in der Psychiatrie-Enquête erhoben. Seitdem ist durch das Modellprogramm „Psychiatrie“ und andere — auch gesetzgeberische Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene die Lage der psychisch Kranken und Behinderten deutlich verbessert worden. So konnten die Mitglieder der Expertenkommission während der Beratungen zum Gesundheits-Reformgesetz einleuchtend darlegen, daß das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung einseitig auf die Belange der somatisch Kranken ausgerichtet war und der spezifische Versorgungsbedarf bei psychischen Erkrankungen nur ungenügend berücksichtigt wurde.

Der Grundgedanke, diese Ungleichbehandlung abzubauen, führte zu der Forderung, daß Einrichtungen und Hilfen für diesen Personenkreis nicht weiter als Sonderleistungen, sondern als integrierter Bestandteil des allgemein bestehenden Angebots zu verstehen sind. Im Unterschied zu vielen somatischen Krankheitsbildern werden psychische Erkrankungen in ihrem Verlauf durch ein komplexes Ursachen- und Wirkungsgefüge bestimmt, in dem somatische, psychische und soziale Komponenten zu finden sind. Um dem aus dieser Eigenart psychischer Erkrankungen abzuleitenden spezifischen Hilfebedarf gerecht zu

werden, empfiehlt die Expertenkommission, die Qualität psychiatrischer Versorgung durch Aufnahme spezifischer persönlicher Dienstleistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern und diese „therapeutischen Dienstleistungen“ als von den Heil- und Hilfsmitteln gesonderte Regelleistungen, auf die sowohl bei ambulanter als auch stationärer Krankenbehandlung ein Leistungsanspruch besteht, zu definieren und aufzuzählen. Darüber hinaus soll die ambulante Erbringung der „therapeutischen Dienstleistungen“ durch den Ausbau von solchen Versorgungsstrukturen erleichtert werden, die von der bisherigen einrichtungsbezogenen Typisierung abrücken zugunsten von institutionsübergreifenden Funktionsbereichen.

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder bringen in ihrer Entscheidung vom September 1989 zum Ausdruck, daß sie vom Bund erwarten, daß er die legislativen Änderungsempfehlungen der Expertenkommission umgehend aufgreift und gesetzgeberisch umsetzt. Nur so könne der Hinweis in §§ 27 und 92 Sozialgesetzbuch (SGB) V, daß den „besonderen Bedürfnissen“ bzw. den „besonderen Erfordernissen der Versorgung“ psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, in konkrete Leistungsregelungen einmünden.

Die Bundesregierung ist in der Gesundheits-Reform den Empfehlungen der Expertenkommission im Grundsatz gefolgt. Entsprechend den Änderungsvorschlägen der Expertenkommission enthält das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch die ausdrückliche Vorschrift, daß den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§§ 27 Satz 3 und 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dem Gleichstellungsgrundsatz wurde damit rechtlich Rechnung getragen. Es liegt in der Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages für die ambulante medizinische Versorgung diesen Grundsatz auszufüllen. So hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung am 14. August 1990 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien) vom 26. Februar 1982 zu ändern und die ergotherapeutischen (beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen) Leistungen den Erfordernissen psychisch Kranker und Behinderter angepaßt. Sie wurden zwischenzeitlich vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung genehmigt.

Die Erprobungsregelungen des SGB V (§§ 63—68) bieten ebenfalls rechtliche Voraussetzungen, die zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu nutzen sind.

Die Verankerung des Leistungsspektrums psychosozialer Hilfen (stützende, orientierende, begleitende, sozial bezogene Hilfen) innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung ist noch nicht gelungen und bedarf weiterer Abstimmung zwischen den Leistungsträgern über ihre Verantwortung bzw. über ihre Finanzierungszuständig-

keit. Die gesetzlichen Krankenkassen halten Mischfinanzierungsregelungen für solche Versorgungsangebote, die wegen ihres übergreifenden Charakters in die Zuständigkeit mehrerer Sozialleistungszweige fallen, für nicht ausgeschlossen; sie sehen jedoch keinen Handlungsspielraum der Krankenversicherungsträger für Finanzierung psychosozialer Betreuungsleistungen, die über ihre gesetzlich festgelegte Zuständigkeit für medizinische Leistungen hinausgehen.

Der Gesetzgeber hat die Empfehlung der Expertenkommission zur Aufnahme der „therapeutischen Dienstleistungen“ in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung deshalb nicht aufgegriffen, weil eine Differenzierung der Leistungsansprüche nach Krankheitsarten der gesetzlichen Krankenversicherung fremd ist und auch nicht sinnvoll wäre. Sie würde zu Abgrenzungsschwierigkeiten führen und eine Unterscheidung der Versicherten in psychisch und somatisch Kranke mit der Folge unterschiedlicher Ansprüche festschreiben. Der Gesetzgeber hat mit den Hinweisen in §§ 27 und 92 SGB V einen konformen Weg gefunden.

7.2 Bundessozialhilfegesetz

Die Änderungsvorschläge der Expertenkommission zum Bundessozialhilfegesetz beziehen sich schwerpunktmäßig auf

- Verbesserung der Bemessung der Hilfen zum Lebensunterhalt,
- Bestimmungen zur Beteiligungspflicht an Aufwendungen des Sozialhilfeträgers,
- flexiblere Zuständigkeitsregelung zwischen örtlichem und überörtlichem Träger der Sozialhilfe.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe weist ausdrücklich auf das Nachrangprinzip der Sozialhilfe hin.

Die Vorschläge zur Änderung des Sozialhilfegesetzes berühren grundlegende Fragen des Sozialhilferechts, vor allem auch der Finanzierung. Da die Sozialhilfe sich an den Grundsätzen der Nachrangigkeit im Sozialleistungssystem, der Gleichstellung und der Individualisierung zu orientieren hat, sind bei der Prüfung der Vorschläge der Expertenkommission mit der Zielsetzung, Änderungen für psychisch Kranke zu erreichen, im besonderen Maße Auswirkungen, die weit über den Personenkreis chronisch psychisch Kranker und Behinderter hinausgehen, zu berücksichtigen. Hierauf weisen die obersten Landessozialbehörden mit Nachdruck hin.

Bei der Umsetzung der gesundheitspolitischen Zielsetzung einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung kommt einer flexibleren Zuständigkeitsregelung zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe herausragende Bedeutung zu. Um den strukturellen Änderungen Vorschub zu leisten bedarf es Finanzierungsabsprachen.

Die Zuständigkeitsregelung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe für die Finanzierung von Leistungen im stationären bzw. ambulanten Bereich liegt in der Kompetenz der Länder (§ 100 Abs. 1 BSHG), die im Rahmen von Ausführungsgesetzen zum BSHG die Kostentragungspflicht konkret festlegen können.

Die Bundesregierung sieht die finanziellen Folgelasten, die sich aus der Umsetzung der Empfehlungen der Experten ergeben. Sie wird die Regelungen durch die Kommunen und Länder als Träger der Sozialhilfe abwarten.

7.3 Arbeitsförderungsgesetz

Die Expertenkommission empfiehlt, die gesetzlichen Voraussetzungen zum Erhalt von Übergangsgeld so zu ändern, daß es auch solchen psychisch Kranken zusteht, die die Anspruchsvoraussetzungen der bisherigen Regelungen nicht erfüllen. Berufsausbildungshilfe nach § 40 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) bzw. Ausbildungsgeld nach § 58 Abs. 1 i. V. n. § 40 AFG wird nur den Teilnehmern an einer Maßnahme zur Berufsausbildung gewährt. Handelt es sich um eine Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahme, kann Ausbildungsgeld nicht gewährt werden; hierfür sieht das Gesetz Übergangsgeldregelungen für Teilnehmer an Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation vor. Die Gewährung dieser Leistungen ist wie die Gewährung auch anderer Lohnersatzleistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz von einer vorherigen Beitragsleistung an die Bundesanstalt für Arbeit innerhalb bestimmter Rahmenfristen abhängig.

Auch die Bundesregierung sieht die behinderungsbedingten Besonderheiten, die den von den Experten empfohlenen Verbesserungen zugunsten psychisch Kranker und Behinderter zu Grunde liegen. Sie muß jedoch bedenken, daß eine Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes mit einer Sonderregelung für psychisch kranke und behinderte Rehabilitanden eine präjudizierende Wirkung für andere Fallgruppen haben könnte; eine Gesamtregelung erscheint zumindest derzeit nicht möglich.

C. Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

Vom Reformimpuls der Psychiatrie-Enquête angelegt, hat ein Strukturwandel in der Versorgung psychisch Kranker stattgefunden, der sich entsprechend der Zielsetzung der Enquête schwerpunktmäßig im ambulanten Sektor ausgewirkt und zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter geführt hat. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß vieles noch weiterentwickelt, ergänzt und korrigiert werden muß.

Eine Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter kann nicht per Stichtag in vollem Umfang und überall durchgeführt werden und muß aus vielen Elementen bestehen:

- aus der veränderten Einstellung der Gesellschaft insgesamt gegenüber psychiatrischen Krankheitsbildern und gegenüber dem psychisch kranken Menschen,
- aus einer Umgestaltung bestehender Einrichtungen zu mehr Behandlung und Rehabilitation statt Verwahrung,
- aus einer engeren Verknüpfung der bestehenden Einrichtungen
- aus zusätzlichen Einrichtungen in Bereichen, in denen Mangel besteht und
- aus einer Prüfung, inwieweit die gesetzlichen Leistungen den Belangen der psychischen Kranken und Behinderter gerecht werden.

Die Empfehlungen der Expertenkommission sind als grundlegende Gesamtkonzeption zur Reform der psychiatrischen Versorgung anzusehen, die in der Ausgestaltung den Erfordernissen zukünftiger Entwicklungen ständig angepaßt und fortgeschrieben werden müssen.

Die Weiterführung der Psychiatrie-Reform wird nur gelingen, wenn Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemeinsam mit den der Sozialhilfe vorrangigen Leistungsträgern unter Hinzuziehung insbesondere der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die erforderlichen Maßnahmen konkretisieren, um dann Konzepte für Planung, Ausgestaltung und Finanzierung der Versorgung zu entwickeln.

Die Bundesregierung sieht wegen des Ausmaßes und der Komplexität der zu lösenden Probleme die gemeinsame Verantwortung mit den Ländern und Kom-

munen. Sie war und ist bestrebt, vor dem Hintergrund einer sich neu orientierenden Psychiatrie die Lage der psychisch Kranken und Behinderten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu verbessern, Rahmenbedingungen festzulegen und Lösungsvorschläge aufzuzeigen; die Ausgestaltung liegt entsprechend der Zuständigkeit der Länder und der Kommunen für das Gesundheitswesen in deren Kompetenz.

Erst wenn die an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten vor Ort ihrer Verantwortung nachgekommen sind und sich auf gemeinsame, in der betreffenden Region sinnvolle Lösungen geeinigt haben, die sich an den aufgezeigten Grundsätzen orientieren, wird sich zeigen, welche Lücken im Bereich der Gesetzgebung noch zu schließen sind.

Die nächsten Schritte sollten auf der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder erörtert werden.

Die Bundesregierung stimmt der Auffassung der Expertenkommission zu, daß die Umsetzung der Empfehlungen angesichts einer realistischen Beurteilung der gegenwärtig bestehenden Verhältnisse weder gleichzeitig, noch in der Regel kurzfristig zu erwarten ist. Daneben wird die Bundesregierung Vorhaben, die eine Weiterentwicklung der Psychiatrie zum Ziel haben, im Rahmen ihrer Zuständigkeit unterstützen.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ist eine Daueraufgabe, die sich aus der originären Verpflichtung zur Daseinsvorsorge für unsere psychisch kranken Mitmenschen ergibt. An dem Bewußtsein für diese Verantwortung muß sich eine Gesellschaft in ihrem Anspruch auf eine humane Grundhaltung messen lassen.

Die veränderte politische Situation, die sich aus dem Beitritt der fünf Bundesländer zur Bundesrepublik Deutschland ergibt, fordert die Verantwortlichen heraus, auch über die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in diesen Bundesländern nachzudenken und ihre Verantwortung wahrzunehmen.

Für die notwendige Entwicklung einer modernen Psychiatrie gelten dort ebenso wie in den bisherigen Bundesländern die aus der Psychiatrie-Enquête und der Auswertung der Modellprogramme erarbeiteten Grundsätze, die in den folgenden Jahren in die umzugestaltende Versorgungsstruktur der fünf neuen Bundesländer einzubringen sind.

Anlage

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung

zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich

auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung vom 11. November 1988

Zusammenfassung *)

**) Die vollständigen Empfehlungen der Expertenkommission können beim Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit bezogen werden*

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/Psychosomatischen Bereich

— Zusammenfassung —

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorbemerkung	30
A. Einleitung	30
B. Zum Umfang des Problems	31
Häufigkeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (Kapitel B. 2)	31
Zur Situation der chronisch psychisch Kranken (Kapitel B. 3)	31
C. Empfehlungen zur allgemeinspsychiatrischen Versorgung	32
Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung (Kapitel C. 2 und C. 3) ..	32
Bausteine der allgemeinspsychiatrischen Versorgung (Kapitel C. 4)	34
a) Niedergelassener Nervenarzt (Kapitel C. 4. a)	34
b) Institutsambulanz (Kapitel C. 4. b)	35
c) Sozialpsychiatrischer Dienst (Kapitel C. 4. c)	36
d) Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion/Tagesstätte (Kapitel C. 4. d) ..	36
e) Beschützte Wohnangebote (Kapitel C. 4. e)	37
f) Tagesklinik (Kapitel C. 4. f)	38
g) Stationäre Einrichtung: Krankenhaus/Abteilung (Kapitel C. 4. g) ...	38
Der Gemeindepsychiatrische Verbund als Fundament allgemeinpsychia-	
trischer ambulanter Versorgung (Kapitel C. 5)	38
Koordination und Steuerung als Aufgabe der kommunalen Gebietskör-	
perschaften (Kapitel C. 6.)	39
Arbeit und berufliche Förderung (Kapitel C. 8)	40
D. Aspekte der Versorgung spezieller Gruppen	42
Psychisch kranke Kinder und Jugendliche (Kapitel D. 1)	42
Psychisch kranke alte Menschen (Kapitel D. 2)	44
Abhängigkeitskranke (Kapitel D. 3)	45
Neurotisch und psychosomatisch Kranke (Kapitel D. 4)	46
E. Personelle, administrative und legislative Grundlagen	47
Aus-, Weiter- und Fortbildung (Kapitel E. 1)	47
Bemessung des Personalbedarfs im außerstationären Bereich (Kapitel E. 2)	49
Probleme der Rückführung von Langzeitpatienten aus dem stationären	
Bereich in die Gemeinde (sogenannte Enthospitalisierung) (Kapitel E. 3) ..	50
Legislative Änderungsempfehlungen (Kapitel E. 4)	51
F. Zur Umsetzung der Empfehlungen	52

Vorbemerkung

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich legt in dem Bericht über die Auswertung des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung Empfehlungen vor. Die folgende Zusammenfassung stellt die wichtigsten Empfehlungen mit kurzen Begründungen und Verweisungen auf die ausführlichen Darstellungen in den jeweiligen Kapitel des Empfehlungsbandes vor. Sie ist somit gleichzeitig eine Kurzfassung des Berichtes der Expertenkommission.

A. Einleitung

13 Jahre nach Abschluß der Psychiatrie-Enquête und drei Jahre nach Beendigung des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung ist es an der Zeit, den Prozeß der Psychiatrie-Reform kritisch zu würdigen sowie Ziele und Maßnahmen für die Weiterentwicklung zu markieren. Die Expertenkommission, die das Modellprogramm von 1980 bis 1985 beratend begleitet und es danach sorgfältig analysiert hat, legt mit diesem Bericht Empfehlungen vor, die sich als Fortschreibung der Psychiatrie-Enquête verstehen. Berücksichtigt wurden dabei nicht nur die Ergebnisse des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, sondern auch die Erfahrungen des Modellverbundes ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung, durch den die Bundesregierung seit 1976 die Entwicklung wichtiger, von der Psychiatrie-Enquête empfohlener Einzelvorhaben förderte. Außerdem gingen in die Analyse Ergebnisse des Landesprogramms zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg sowie der Reformen im internationalen Bereich ein.

Die Vorschläge der Expertenkommission konzentrieren sich vorwiegend auf den gemeindepsychiatrischen Bereich im engeren Sinne, also die außerklinischen Angebote im ambulanten, komplementären und rehabilitativen Sektor, weil dieser — entsprechend den Prioritäten der Psychiatrie-Enquête — Gegenstand der Erprobung in den Modellregionen war und weil hier für die kommenden Jahre der größte Handlungsbedarf besteht.

Der stationäre Krankenhausbereich wird von den Empfehlungen nur insoweit berührt, als er Bedeutung für die strukturelle Entwicklung des extramuralen Sektors besitzt.

Ausgeklammert bleiben vor allem die folgenden Bereiche, weil sie nicht Teil der Modellprobung waren:

1. Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im Maßregelvollzug sowie die Situation psychisch Kranker im Strafvollzug. Auf beiden Gebieten besteht ein besorgniserregender Nachholbedarf.
2. Die Versorgung geistig Behinderter, deren vielfach geforderte Ausgliederung aus der Psychiatrie in ein

ihnen angemessenes Hilffssystem noch immer nicht abgeschlossen ist.

3. Die Versorgung Epilepsie-Kranker, zu deren Entwicklung das Epilepsie-Kuratorium 1985 der Bundesregierung einen ausführlichen Bericht mit zahlreichen Empfehlungen vorgelegt hat.
4. Die psychiatrischen Universitätskliniken.

Die Expertenkommission, in der Vertreter aus allen Bereichen der Versorgung in jahrelanger Diskussion zu einem fruchtbaren Konsens fanden, legt ihren Bericht in der Hoffnung vor, daß den politisch, administrativ und fachlich Verantwortlichen sowie der interessierten bzw. unmittelbar betroffenen Öffentlichkeit ähnlich wirksame Impulse zur Verbesserung der Lebenssituation psychisch kranker und behinderter Bürger gibt wie seinerzeit die Psychiatrie-Enquête, die sich als Wegweiser für den Abbau gravierender Mängel und den Beginn des Aufbaus gemeindenaher Versorgungsangebote bewährt hat. Trotz der in den letzten 20 Jahren erzielten Fortschritte im humanitären wie im fachlichen Bereich bleiben qualitative und quantitative Defizite in der Situation der Betroffenen festzustellen, die es nach wie vor im Interesse einer menschlichen und fachlich fundierten Hilfe für alle psychisch Kranken und Behinderten durch energische Anstrengungen aller Beteiligten entscheidend zu verbessern gilt.

Die Expertenkommission sieht wegen des Ausmaßes und der Komplexität der zu lösenden Probleme dabei auch weiterhin eine *gemeinsame Verantwortung von Ländern und Bund*, nicht zuletzt, weil der Bund nach dem Grundgesetz (Artikel 72) unbeschadet der Länderkompetenz für das Gesundheitswesen tätig werden kann, „wenn Angelegenheiten durch die Gesetzgebung einzelner nicht wirksam geregelt werden können und die Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse über das Gebiet eines Landes hinaus dies erfordert“. Vor allem aber ist der Bund gefordert, weil er für die wesentlichen Leistungsgesetze zuständig ist.

Angeichts der Not, die der Bericht dokumentiert (vgl. Kapitel 81), wird die Gesellschaft aufgefordert, durch humanitäre wie finanzielle Anstrengungen einen Beitrag zu leisten, damit die krasse Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter wie ihrer Familien endlich beseitigt wird. Wenn im Mittelpunkt der Empfehlungen vor allem administrativ-organisatorische Maßnahmen stehen, so nicht deshalb, weil die Expertenkommission glaubte, daß sich die Probleme der Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte allein organisatorisch beseitigen ließen, sondern weil durch die empfohlenen Maßnahmen Rahmenbedingungen geschaffen werden sollen, die ein verbindliches und verantwortungsbewußtes Zusammenwirken aller Beteiligten zum Wohle der Betroffenen überhaupt erst ermöglichen.

Die Expertenkommission warnt dabei vor dem Irrglauben, Therapie, Rehabilitation und Versorgungsmanagement könnten derart perfektioniert werden, daß schließlich seelisches Leiden generell zu beseitigen sei. Gerade mit dem Blick auf die chronisch psychisch Kranken geht es vielmehr darum, neben die therapeutischen Anstrengungen zur Heilung solche

zur Linderung und Stützung zu stellen, um so auch ein Leben mit seelischer Behinderung erträglicher zu machen. Damit korrespondiert auf der Seite der Gesunden die Bereitschaft, seelisches Leiden zu akzeptieren und auf Dauer ertragen zu können.

B. Zum Umfang des Problems

Häufigkeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (Kapitel B.2)

Über das Ausmaß psychischer Störungen und Krankheiten im weitesten Sinne kursieren in der Fachwelt wie in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion die unterschiedlichsten Angaben, meist verbunden mit der Befürchtung, psychische Leiden nähmen beängstigend zu. Tatsächlich gibt es einen breiten Überlappungsbereich zwischen allgemeinen Lebenskrisen, psychosozialen Befindlichkeitsstörungen, psychisch bedingten körperlichen Krankheiten und psychiatrischen Krankheiten im engeren Sinne. Die Expertenkommission hält es daher für wichtig, durch den nachfolgenden Versuch einer epidemiologisch begründeten Quantifizierung die Versorgungsprobleme für *psychische Störungen mit Krankheitswert* in ihrem Umfang deutlich zu machen.

Angesichts des Mangels einer Dokumentation auf nationaler Ebene ist es der Expertenkommission nicht möglich, über psychiatrische Angebote und deren Inanspruchnahme exakte Zahlenangaben zu machen. Aus bundesdeutschen und internationalen Studien sowie der Beobachtung der Praxis — nicht zuletzt auch in den Modellregionen — lassen sich jedoch Größenordnungen und Trends benennen, die den Umfang des Problems annähernd umreißen und seine herausragende gesundheitspolitische Bedeutung hinreichend charakterisieren.

Während die Zahl der Bürger, denen psychosoziale oder psychisch bedingte Befindlichkeitsstörungen im weitesten Sinne zugeschrieben werden, in manchen Studien auf bis zu 40 % der Gesamtpopulation angegeben wird, beträgt die Zahl der innerhalb eines Jahres *psychiatrisch Behandlungsbedürftigen* 10 % bis 12,5 % der Bevölkerung. Betroffen sind also 6 bis 8 Mio. Bürger. Psychiatrische Hilfe erhalten davon:

- 1,6 Mio. durch niedergelassene Nervenärzte
- 200 000 durch psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen.

Rund 3 Mio. psychiatrisch Behandlungsbedürftige werden durch sonstige niedergelassene Ärzte mit anderer Gebietsbezeichnung behandelt, vor allem durch Allgemeinärzte und Internisten. Eine große, aber nicht bekannte Zahl, wird in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, vielfach ohne gezielte Therapie des psychiatrischen Grundleidens. Es ist angesichts dieser Zahlen davon auszugehen, daß eine erhebliche Menge psychiatrisch Behandlungsbedürftiger jährlich nicht behandelt wird.

In der sogenannten Allgemeinpsychiatrie (Erwachsene im erwerbsfähigen Alter mit Psychosen, schweren Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) ist we-

der in der Bundesrepublik Deutschland noch international ein zahlenmäßiger Anstieg der psychisch Kranken festzustellen. Eine stetige Zunahme ist jedoch bei Abhängigkeitskrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) festzustellen. Die Zahl der behandelten und unbehandelten Abhängigkeitskranken wird derzeit auf ca. 2 Mio. geschätzt. Eine Zunahme ist ferner bei den psychischen Alterskrankheiten zu konstatieren. Sie ist bedingt durch das Anwachsen der Zahl der über 65jährigen. Die zunehmende gesundheitspolitische Relevanz der Versorgung alter Menschen wird durch Untersuchungen deutlich, nach denen 24 % von ihnen psychische Störungen haben; dabei sind 7 % bis 8 % dringend psychiatrisch behandlungsbedürftig (ca. 750 000 alte Menschen). Adäquate fachärztliche Hilfe erhalten jedoch allenfalls 1 %.

Von Kindern und Jugendlichen sind innerhalb eines Jahres 5 % (ca. 700 000) psychiatrisch behandlungsbedürftig. Fachärztlich behandelt werden jährlich jedoch nur 2 % bis 4 %. Weitere 10 % bis 13 % zeigen Verhaltensstörungen, psychische oder soziale Auffälligkeiten, bei denen Beratung und Hilfe angezeigt ist.

Zur Situation der chronisch psychisch Kranken (Kapitel B.3)

Wie in der allgemeinen Medizin gewinnt auch in der Psychiatrie die Behandlung, Pflege und Rehabilitation der chronisch Kranken eine immer größere Bedeutung. Die Weiterentwicklung der Psychiatrie ist in den letzten Jahrzehnten insbesondere den akut- und mittelfristig Kranken zugute gekommen. Trotz spürbarer Fortschritte in der Entwicklung rehabilitativer Behandlungsverfahren gibt es in allen psychiatrischen Patientengruppen einen erheblichen Anteil von chronisch psychisch Kranken und Behinderten, die noch nicht angemessen versorgt sind. Sie bilden ein wesentliches Problem der Psychiatrie. Ihre Zahl läßt sich auf etwa 500 000 schätzen. Ihre Lebenssituation kann wie folgt umrissen werden: Rund 60 000 von ihnen sind noch immer langfristig als sogenannte Pflegefälle in den Langzeitbereichen der großen psychiatrischen Krankenhäuser untergebracht. Über 100 000 leben in Heimen und Anstalten, meist weit entfernt von ihren Wohnorten und ohne ausreichende psychiatrische Behandlung und rehabilitative Förderung. In den während der letzten beiden Jahrzehnte neu entstandenen Wohnangeboten des komplementären Bereichs (betreute Einzelwohnungen, Wohngruppen, Übergangsheime, Kleinheime etc.) leben ca. 10 000 chronisch psychisch Kranke und Behinderte; ihr Versorgungsniveau kann im Allgemeinen als ausreichend angesehen werden. Die hier umrissenen Größenordnungen machen deutlich, daß die meisten chronisch psychisch Kranken außerhalb von Institutionen in der Gemeinde leben, allein oder — was in etwa 40 % (im Bereich der Alterspsychiatrie sogar bei 80 %) der Fälle zutreffen dürfte — bei ihren Familien. Angehörige tragen somit die Hauptlast der Versorgung chronisch psychisch Kranker.

Die gesundheitliche, soziale und materielle Lage der chronisch psychisch Kranken und Behinderten ist nach Meinung der Expertenkommission katastrophal:

Es fehlt für sie weitgehend an qualifizierten fachlichen Hilfen. Sie sind zu nahezu 90 % aus dem Erwerbsleben ausgegrenzt. Sie fristen von Kleinrenten und Sozialhilfe ein Leben an der Armutsgrenze. Ihre Chancen, am gesellschaftlich-kulturellen Leben teilzunehmen, sind in einem Ausmaß beschränkt, das die Expertenkommission als beschämend für ein so wohlhabendes und dem Sozialstaatsprinzip verpflichtetes Land wie die Bundesrepublik Deutschland empfindet.

Erheblich sind auch die Belastungen der Angehörigen: Diese bringen für Behandlungs- und Pflegeleistungen, die die Sozialversicherungsträger nicht (mehr) finanzieren, jährlich rund 1,5 Mrd. DM auf. Die zwischenmenschlichen Belastungen in den betroffenen Familien führen zu Gesundheitsproblemen bei den pflegenden Angehörigen und zu Prozessen der Isolation und des sozialen Abstiegs der gesamten Familie. Die Verbesserung psychiatrischer Versorgung hat damit auch eine eminente familienpolitische Bedeutung.

Von einer Verwirklichung der gesetzlich verbürgten Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken sind wir noch weit entfernt.

C. Empfehlungen zur allgemeinspsychiatrischen Versorgung

Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung (Kapitel C.2 und C.3)

Bei globaler Würdigung der Ergebnisse des Modellprogramms Psychiatrie und anderer Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland kommt die Expertenkommission zu dem Urteil, daß sich die vier Prinzipien der Psychiatrie-Enquête auch in der Praxis bewährt haben. Sie benennen verkürzt folgende Ziele:

1. Gemeindenahe Versorgung
2. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
3. Koordination aller Versorgungsdienste
4. Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken.

Die im Modellprogramm der Bundesregierung sowie in den Ländern gewonnenen Erfahrungen in der ersten Phase der Psychiatrie-Reform machen es indessen erforderlich, die Enquête-Prinzipien zu konkretisieren, um administrative, politische und fachliche Probleme der Umsetzung in Zukunft leichter lösbar zu machen. Die Expertenkommission sieht in der Zersplitterung der Zuständigkeiten für den Bereich der gesamten gemeindepsychiatrischen Versorgung das entscheidende Hindernis für den Aufbau eines bedarfsgerechten Systems. Ein Wirrwarr an Zuständigkeiten und ein entsprechender Mangel an klaren Verantwortlichkeiten herrscht auf allen Ebenen: Von der Bedarfsermittlung über die Planung bis hin zur Finanzierung und Ausgestaltung der Angebote. Opfer dieser strukturellen Schwindsüchtigkeit sind diejenigen psychisch Kranken und Behinderten und ihre Angehörigen, deren Kontaktmöglichkeiten und Hilfesuch-

verhalten krankheitsbedingt so eingeschränkt sind, daß sie der Zersplitterung des Systems hilflos gegenüberstehen, also die chronisch psychisch Kranken, Langzeitkranken und seelisch Behinderten. Den Bedürfnissen der chronisch psychisch Kranken und Behinderten kann das vielfach unkoordinierte und diffuse Nebeneinanderherarbeiten verschiedener Leistungsanbieter in einer Region nicht gerecht werden (s. Kapitel A.4). Allein die Vorschriften der Sozialgesetzgebung sind — nicht nur für diese Gruppe — so unverständlich und unüberschaubar, daß sie vielfach zu Fallstricken werden statt zu Rettungsankern.

Um eine Schneise in den Dschungel der Zuständigkeiten zu schlagen, wurden in den Modellregionen mit Erfolg Planungs-, Entscheidungs- und Koordinationsinstrumente unter Einbeziehung aller Verantwortlichen erprobt. Dies betraf sowohl die Ebene der politisch, administrativ und leistungsrechtlich Zuständigen als auch die Ebene der Leistungserbringer, also der Dienste und Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter in der Region. Die Federführung dafür lag bei den kommunalen Gebietskörperschaften. Anknüpfend an diese positiven Erfahrungen gibt die Expertenkommission daher folgende Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie:

(1) Aufbauend auf ihre generelle Berechtigung und Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsvorsorge für alle Bürger sollen die *kommunalen Gebietskörperschaften (kreisfreie Städte und Landkreise)* stärker als bisher die *politische Verantwortung* dafür übernehmen, daß auch ihre psychisch kranken und behinderten Bürger in ihrer Gemeinde leben können und dort angemessene Hilfen finden. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei der Eingliederung der stark benachteiligten Gruppe der chronisch psychisch kranken Mitbürger in die Gemeinde zu widmen. Dem Enquête-Prinzip der „gemeindenahen“ Versorgung, das — zunächst vom Krankenhaus her gedacht — eine Verkleinerung der Einzugsgebiete der Kliniken anstrebte — wird im vorliegenden Empfehlungsband im Sinne einer „gemeindeintegrierten“ Versorgung besonderes Gewicht beigemessen. Im Mittelpunkt steht nicht mehr das Krankenhaus, sondern die Gemeinde mit allen ihren allgemeinen und spezialisierten Möglichkeiten für gesunde und behinderte Bürger.

(2) Die Planung für diesen Verantwortungsbereich, das heißt die Psychiatrieplanung, wird somit integrierter Bestandteil der Sozial- und Gesundheitsplanung der Kommunen. Planung, Aufbau und Koordination der gemeindepsychiatrischen Versorgung können dabei nur im partnerschaftlichen Zusammenwirken der kommunalen Gebietskörperschaften mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege und den Kostenträgern sowie mit schon bestehenden Einrichtungen und Diensten verwirklicht werden. Angehörigenorganisationen sollen an der Planung beteiligt werden, um eine Ausrichtung der Hilfen auf die Bedürfnisse der betroffenen Familien, ihrer Nachbarn und Freunde zu gewährleisten.

(3) Planung, Aufbau und Betrieb der gemeindepsychiatrischen Angebote müssen so erfolgen, daß sie die sogenannten *nicht-professionellen Kräfte und Selbsthilfepotentiale* in der Gemeinde (insbesondere Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen, Selbsthilfegrup-

pen, Laienhelfer etc.) beteiligen, ihr Entstehen fördern und ihr Mitwirken stützen (vgl. hierzu Kapitel C.7). Seit Beginn der Reform wird die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie auch von wachsenden Engagement aus der Bürgerschaft getragen. Dies hat zu einem breiten Bewußtseinswandel in der Öffentlichkeit beigetragen und im Bereich der sogenannten natürlichen Hilfspotentiale vielfältige Initiativen zur Förderung der Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter hervorgebracht. Bei einseitigem Ausbau der professionellen Hilfen entsteht die Gefahr, daß der nicht-professionelle Hilfsbereich zurückgedrängt wird. Die Expertenkommission mißt diesem Risiko eine besondere Bedeutung bei, da es zu einer Qualitätsminderung (Mangel an bürgernaher Integration) führen kann. Im Interesse der Betroffenen und ihrer Familien soll die unentbehrliche Mitarbeit freiwilliger Helfer von den Fachkräften der Dienste und Einrichtungen durch entsprechende Konzepte ermöglicht und nachhaltig gestützt werden. Selbst- und Laienhilfe sind eine notwendige Ergänzung für professionelle Hilfsformen, sie dürfen aber niemals als deren Ersatz mißbraucht werden. Eine finanzielle Honorierung der ehrenamtlich tätigen Bürgerhelfer ist daher nicht erwünscht, weil dies dem freiwilligen und unprofessionellen Charakter dieses Engagements widerspräche und die Ehrenamtlichen in die Rolle von minderbezahlten Hilfskräften brächte. In Übereinstimmung mit entsprechenden Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge von 1988 hält es die Expertenkommission aber für dringend erforderlich, daß den Laien- und Selbsthilfeinitiativen die notwendigen Mittel für den Sachaufwand zur Verfügung gestellt werden. Dabei sollte, um die Unabhängigkeit der Initiativen von Einrichtungen und Trägern zu gewährleisten, die Bezuschussung möglichst direkt und unbürokratisch erfolgen.

(4) Die Verpflichtung der Kommunen, durch Schaffung eigener Gremien und Planungsverfahren den Entscheidungsprozeß in der Region im Einvernehmen mit allen Zuständigen zu steuern, bedeutet nicht, daß Städte und Kreise auch für das Erbringen und die Finanzierung der Leistungen im Einzelfall sowie die Trägerschaft und Finanzierung der verschiedenen Dienste und Einrichtungen zuständig sind. Es kann davon ausgegangen werden, daß sich eine Politik der Konsensbildung aller Beteiligten für das Gemeinwesen lohnt. Dennoch bleibt die Gefahr, daß die Realisierung der Planungen vor Ort an Finanzierungsschwierigkeiten scheitert. Den Kommunen und den Trägern der freien Wohlfahrtspflege sind daher dringend die Mittel zur Verfügung zu stellen, die sie für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigen (s. dazu auch Kapitel E.4). Darüber hinaus ist beim politischen Entscheidungsprozeß der Verteilung kommunaler Mittel verstärkt darauf zu achten, daß benachteiligte Gruppen, insbesondere auch die psychisch Kranken und Behinderten und ihre Familien, adäquat im Sinne eines gerechten Lastenausgleichs gelebter Solidarität in der Gemeinde berücksichtigt werden.

(5) Entsprechend der Zielsetzung der Verkleinerung der Einzugsbereiche der psychiatrischen Großkrankenhäuser war die Enquête von sogenannten Standardversorgungsgebieten mit in der Regel 250 000 Einwohnern ausgegangen. Die Standardversorgungs-

gebiete waren dabei nur selten deckungsgleich mit den Grenzen kommunaler Gebietskörperschaften. Auf diesem Planungshintergrund lassen sich gemeindeintegrierte Hilffssysteme nicht entwickeln. Es wird daher vorgeschlagen, bei der Planung künftig von den Gebieten der kreisfreien Städte und Landkreise auszugehen. Diese werden als *Planungseinheiten* bezeichnet. Größere Gebietskörperschaften sind gehalten, innerhalb der Planungseinheiten überschaubare *Versorgungsregionen* abzugrenzen. Diese Versorgungsregionen sollten für die allgemeinpsychiatrische Versorgung 100 000 bis 150 000 Einwohner nicht überschreiten. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie bei bestimmten Angeboten — z. B. für psychisch kranke alte Menschen sowie in der beruflichen Rehabilitation — können größere Versorgungsregionen erforderlich sein.

Durch die hier empfohlene kleinräumige Struktur wird insbesondere auch für die Träger und Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste die Möglichkeit geschaffen, mit einer überschaubaren Anzahl von Hilfesuchenden und Kooperationspartnern wirkungsvoll zusammenzuarbeiten.

(6) Die Kommunen und ihre Partner in der freien Wohlfahrtspflege sollen sich bei der Realisierung des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems auf die Angebote des außerstationären Bereichs und deren Verknüpfungen mit dem klinisch-stationären Bereich konzentrieren: Dabei sind vor allem durch verbindliche Versorgungsvereinbarungen zwischen allen Beteiligten die ambulanten, komplementären und rehabilitativen Hilfen so zu entwickeln, daß vor allem benachteiligte Gruppen nicht weiter durch die Lücken fallen. Die klinisch-stationäre Versorgung ist auf die Fälle und Situationen zu beschränken, in denen dies medizinisch indiziert ist und bei denen das Stütz- und Hilffssystem von Familie und Gemeinde tatsächlich überfordert ist. Deshalb ist es notwendig, auch den stationären psychiatrischen Krankenhausbereich in die Planung und Koordination einzubeziehen. Dabei ist anzustreben, daß den Versorgungsregionen stationäre Kapazitäten möglichst ortsnahe zugeordnet werden (näheres im Kapitel C.4.g).

(7) Angebotsspektrum und Leistungsfähigkeit der Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde sind so zu bemessen, daß sie dem Bedürfnis der chronisch psychisch Kranken und Behinderten mit komplexen Problemlagen entsprechen. Die Grundversorgung dieser Gruppen hat Vorrang vor der differenzierten Versorgung anderer Gruppen. Diese bislang vernachlässigten Patientengruppen bekommen somit Priorität in der nächsten Stufe der Reform. Die Tragfähigkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgungseinrichtungen für diese Patientengruppen wird gleichzeitig zum Prüfstein für die Qualität der Angebote. Der gängige Selektionsmechanismus, nach dem zunächst die weniger Hilfsbedürftigen die verfügbaren Dienste in Anspruch nehmen und deren Kapazität für dringende Notlagen blockieren, wird umgekehrt.

(8) Bei Bedarfserhebung, Bedarfsdeckung und Koordination sollen sich die Kommunen und die anderen Verantwortlichen nicht mehr von einer institutionellen Sichtweise leiten lassen, weil dies den — vielfach auch zu aufwendigen — Mechanismus der Addition

unverbundener Leistungserbringer begünstigt. Deshalb empfiehlt die Expertenkommission, *Leistungen und Maßnahmen in der Region institutionsübergreifend zu definieren*, und zwar nach folgenden Funktionsbereichen geordnet:

1. Behandlung/Pflege/Rehabilitation
2. Hilfen im Bereich Wohnen
3. Hilfen im Bereich Arbeit
4. Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte.

Diese Funktionsbereiche wurden so abgesteckt, daß sie einerseits die fachlich erforderliche Gesamtschau der Problemlagen der Betroffenen ermöglichen, andererseits Bezug zu den Grundbedürfnissen der betroffenen Bürger — Gesundheit, Unterkunft, Arbeit und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft — haben.

Erst wenn auf regionaler Ebene geklärt ist, welche Funktionsbereiche wie abgedeckt werden, kann im zweiten Schritt überlegt werden, welchen vorhandenen oder gegebenenfalls noch aufzubauenden Diensten und Einrichtungen („Bausteine“) die nicht erfüllten Funktionen zugeordnet werden. Mit der *Einführung der funktionalen Betrachtungsweise als Planungs- und Handlungsgrundlage* wird auch eine Anpassung an die Strukturen des Leistungsrechts ermöglicht; denn nicht nur im Sozialhilfe- und Rehabilitationsrecht, sondern auch im Krankenversicherungsrecht werden Ansprüche Einzelner auf bestimmte Leistungen und Maßnahmen (Funktionen) klarer definiert als deren institutionelle Formen und Finanzierungen.

(9) Es ist unstrittig, daß ein erheblicher Teil der Langzeitkranken, die jetzt noch in psychiatrischen Krankenhäusern und anstaltsähnlichen Einrichtungen leben müssen, nach entsprechenden Rehabilitationsbemühungen wieder in die Gemeinden zurückgeführt werden können. Beispiele dafür gab während des Modellprogramms die Region Gütersloh und das Enthospitalisierungsprojekt Kloster Blankenburg (Bremen).

Während die therapeutischen Probleme dieser Wiederbeheimatung langfristig Hospitalisierter in den Gemeinden inzwischen erprobt sind, bestehen nach wie vor große administrative, betriebswirtschaftliche und kostentechnische Schwierigkeiten für die Realisierung dieses humanitär wie gesundheitspolitisch wichtigen Anliegens. Die Expertenkommission weist vor diesem Hintergrund nachdrücklich darauf hin, daß sie diese Schwierigkeiten (wie in Kapitel E.3 ausführlich dargestellt) dennoch prinzipiell und auch praktisch für lösbar hält. Sie hält Anstrengungen auf diesem Gebiet für notwendig, weil mit der Rückführung der Langzeitpatienten gleichzeitig mehrere Effekte erzielt werden können:

1. die Eingliederung bislang vernachlässigter chronisch psychisch Kranker und Behinderter;
2. der Abbau der Überkapazitäten in den Langzeitbereichen der psychiatrischen Krankenhäuser (Fehlplacierung);

3. der Aufbau adäquater Wohn-, Beschäftigungs- und Betreuungsangebote in den Gemeinden;
4. der Wechsel erfahrenen Personals vom stationären in den ambulanten und komplementären Bereich.

Sogenannte Enthospitalisierungsprogramme sind darüber hinaus ein ideales Lernfeld für die Kooperationsfähigkeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Von den dabei erforderlichen intensiven Arbeitsbeziehungen zwischen „drinnen“ und „draußen“ profitieren letztendlich auch andere Patientengruppen.

Bausteine der allgemeinspsychiatrischen Versorgung (Kapitel C.4)

Der Aufbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung geht von den institutionellen Gegebenheiten in Gestalt der im folgenden ausgeführten sieben „Bausteinen“ aus. Dabei ist jeweils zu prüfen, ob die einzelnen, bereits vorhandenen Bausteine als Funktionserfüller den Soll-Vorstellungen bezüglich einer dem Bedarf angemessenen gemeindepsychiatrischen Versorgung entsprechen.

a) Niedergelassene Nervenärzte (Kapitel C.4.a)

Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte ist vom Beginn der 70er Jahre bis heute ganz erheblich angestiegen. Zur Zeit der Psychiatrie-Enquête wurden 903 niedergelassene Nervenärzte festgestellt, am 31. Dezember 1987 waren 2 847 „Nervenärzte und Psy.“¹⁾ zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen, von denen 2 359 eine der Gebietsbezeichnungen „Neurologie und Psychiatrie“, „Psychiatrie“ oder „Neurologie“ führen. Die übrigen 488 sind „Psychotherapeutisch tätige Ärzte“ mit anderen oder ohne Gebietsbezeichnungen. Seit 1980 sind die jährlichen Zuwachsraten von 5 % bis 6 % auf 8 bis 10 Prozentpunkte gestiegen. Rein rechnerisch versorgt ein niedergelassener Nervenarzt (mit einschlägiger Gebietsbezeichnung) heute eine Population von ca. 25 500 Einwohner. Dennoch ist die prozentuale Verteilung der Praxen niedergelassener Nervenärzte in Ballungsräumen und ländlichen Gebieten im Vergleich mit den 70er Jahren in etwa gleich geblieben. Auch gibt es nach wie vor „keine nennenswerte Zusammenarbeit“ mit anderen Institutionen außer Kliniken oder Ärzten (Nervenarzt-Studie, S. 113; S. 107 ff.) also mit dem Sektor der sonstigen ambulanten Dienste und Einrichtungen, die während der vergangenen 18 bis 20 Jahre in großer Zahl entstanden sind.

Zwar wird mit 1,6 Mio. psychisch Kranker die übergroße Mehrzahl aller derjenigen Menschen, die im Laufe eines Jahres psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen (Psychiatrische Inanspruchnahmeklientel), von niedergelassenen Nervenärzten ambulant ver-

¹⁾ So lautet die Kategorie in den Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, unter welcher alle in den Bereichen der Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie kassen-/vertragsärztlich tätigen Ärzte erfaßt werden.

sorgt — wobei freilich zu beachten ist, daß nahezu doppelt so viele Menschen wegen psychiatrisch-neurologischer Leiden von Ärzten mit anderen Gebietsbezeichnungen nicht-psychiatrisch behandelt werden. Dennoch ist festzustellen, daß es, wie bereits zu Zeiten der Psychiatrie-Enquête, Patientengruppen gibt, die unter den derzeitigen Bedingungen in bestimmten Bedarfsbereichen vom niedergelassenen Nervenarzt nicht ausreichend versorgt werden können. Hierzu gehört zunächst ein Anteil chronischer aber auch akuter Psychotiker, insbesondere Schizophrenen, die sich der ärztlichen Behandlung in Praxen überhaupt entziehen. Des weiteren finden sich solche alle chronisch psychisch Kranke, die über das Leistungsangebot der nervenärztlichen Praxis hinaus ergänzender psychosozialer Leistungen bedürfen — beispielsweise Hilfen zur Alltagsgestaltung, Einbindung in übende Gruppen, engere kooperativ abgesicherte Mitbetreuung durch andere ambulante und komplementäre Dienste, Hilfen im versicherungs-, arbeits- und sozialrechtlichen Bereich — nur in geringem Umfang in nervenärztlichen Praxen.

Angesichts dieser gegenwärtigen Situation ist die Expertenkommission auch unter Berücksichtigung der wachsenden Zahlen von Praxen niedergelassener Nervenärzte aus gesundheitspolitischen Gründen der Meinung, daß die Gesamtheit der praktizierenden Nervenärzte trotz der faktischen Mannigfaltigkeit ihrer Tätigkeitsspektren stärker als bisher an der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligt werden muß.

Um in diesem Zusammenhang eine bessere Versorgung vor allem derjenigen Gruppen psychisch Kranker und Behinderter zu erreichen, die im Mittelpunkt der Überlegungen dieses Empfehlungsbandes stehen, erscheint es der Expertenkommission sachgerecht, in den Versorgungsregionen „*gemeindepsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxen*“ im Sinne eines „Bausteines“ anzuregen und zu ermöglichen. Die Chance, die eigene Praxis in Richtung einer derartigen Praxisbesonderheit auszugestalten, soll grundsätzlich allen niedergelassenen Nervenärzten offenstehen. Um eine gemeindepsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxis führen zu können, sind besondere Akzentuierungen in vier Bereichen des nervenärztlichen Kompetenz- und Tätigkeitspektrums erforderlich. Sie beziehen sich auf

- *spezielle Behandlungsformen*, die auf die Zielgruppe schwerer chronisch psychisch Kranker und Behinderter ausgerichtet sind,
- *spezifische konsiliarische und kooperative Formen der Zusammenarbeit* mit anderen Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung,
- *Mitbeteiligung und Mitverantwortung an der kommunalen Planung* und deren Durchführung,
- *spezifische Kenntnisse* über die nicht-medizinischen Randbereiche der Psychiatrie.

Da die Arbeit in den gemeindepsychiatrisch orientierten Praxen auch wirtschaftlich ermöglicht werden muß, sind entsprechende spezifische *Änderungen in den ärztlichen Gebührenordnungen* erforderlich. Die

Abrechnung dieser besonderen Leistungspositionen sollte allerdings an die hier empfohlene Praxisbesonderheit und entsprechende Qualifikationen der Praxisbetreiber geknüpft sein.

Eine Arbeitserleichterung im Sinne der Flexibilität und Aufgabenteilung würde sich durch die Ausgestaltung einer gemeindepsychiatrisch orientierten Praxis als *Gemeinschaftspraxis* von zwei oder mehreren Nervenärzten ergeben.

Die Anreicherung einer gemeindepsychiatrisch orientierten Nervenarztpraxis mit anderen Berufsgruppen bietet sich als weiterer Schritt an. Dem niedergelassenen Nervenarzt sollte ähnlich wie bei den psychiatrischen Institutsambulanzen eine *Abrechnungsmöglichkeit für die Leistungen nicht-ärztlicher Fachkräfte* außerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung zugestanden werden.

Schließlich hält es die Expertenkommission für wünschenswert, die mit der Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen nicht-ärztlicher Mitarbeiter schon inaugurierte multiprofessionelle Personalausstattung einer gemeindepsychiatrisch orientierten Nervenarztpraxis im Sinne einer Partnerschaft der einzelnen Mitarbeiter berufsrechtlich zu ermöglichen, also die Einrichtung von *berufsübergreifenden Praxisgemeinschaften*, z. B. zwischen Ärzten, Psychologen und Ergotherapeuten zu gestatten.

b) Institutsambulanz (Kapitel C.4.b)

Auf dem Hintergrund differierender und in der Regel unzureichender Abrechnungsmöglichkeiten — die Mehrzahl der Institutsambulanzen erreicht einen Kostendeckungsgrad zwischen 35 % und höchstens um 50 % — entwickelten sich die Institutsambulanzen in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Einige Bundesländer, z. B. Baden-Württemberg, haben von den Möglichkeiten des § 368n Abs. 6 RVO keinen Gebrauch gemacht. In anderen Bundesländern, z. B. Nordrhein-Westfalen, verfügt jedes psychiatrische Krankenhaus regelmäßig über eine Institutsambulanz. Bayern hat vor kurzem mit der Einrichtung von Institutsambulanzen begonnen. Die systematische Verknüpfung von ambulanten Diensten mit psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen ist demzufolge bislang keineswegs zu einem befriedigenden Abschluß gekommen. Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind, soweit bekannt, fast nirgendwo durchgesetzt worden.

Grundsätzlich hält es die Expertenkommission in Anknüpfung an die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête für unerlässlich, daß jedes psychiatrische Krankenhaus über eine Institutsambulanz verfügt. Das gleiche gilt für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, wenn diese sich vertraglich verpflichtet haben, die Versorgung einer geographisch definierten Region zu übernehmen. Dabei sind die Abrechnungsmodalitäten so zu gestalten, daß unter Berücksichtigung eines sachgerechten qualitativen Standards und von Wirtschaftlichkeitsgesichts-

punkten die Institutsambulanzen kostendeckend finanziert werden können.

Auf dem Hintergrund der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist die Institutsambulanz so einzurichten, daß sie in erster Linie als *Nachsorgeeinrichtung* für krankenhausentlassene, schwerer psychisch Gestörte und Rückfallgefährdete tätig werden kann. Diese Grundfunktion nimmt sie wahr durch *kontinuierliche Weiterbehandlung und aufsuchend-ambulante Aktivitäten*. Im Hinblick auf diese Funktionen können die Institutsambulanzen einen Anknüpfungspunkt für den Aufbau des aufsuchend-ambulanten Dienstes im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes (s. Kapitel C.5) bilden.

Dort, wo Institutsambulanzen und gut entwickelte sozialpsychiatrische Dienste im gleichen kommunalen Versorgungsraum zusammentreffen, ist eine klare Aufgabenabgrenzung notwendig, da sich die Zielgruppen beider Institutionen teilweise überlappen können. Die Qualität der Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft wird wesentlich bestimmt durch die Beschränkung der Institutsambulanz auf diejenige Patientengruppen, welche ihrem spezialisierten Behandlungsauftrag entspricht.

c) Sozialpsychiatrischer Dienst (Kapitel C.4.c)

Grundsätzlich zu unterscheiden ist die Trägerschaft sozialpsychiatrischer Dienste durch kommunale oder staatliche Gesundheitsfachverwaltungen von der Trägerschaft durch freie Wohlfahrtsverbände. Da die Bundesländer die Trägerschaft unterschiedlich geregelt haben, sind jeweils voneinander abweichende Verhältnisse in den Bundesländern zu verzeichnen.

Die Expertenkommission ist der Ansicht, daß sozialpsychiatrische Dienste – unabhängig von der Trägerfrage – generell so organisiert und funktional ausgestaltet sein sollten, daß sie in der Lage sind, im Schwerpunkt *chronisch psychisch Kranken und Behinderten* die erforderlichen beratenden, vorsorgenden, nachgehenden und intervenierenden Hilfen zu gewähren sowie ggf. gerichtliche Unterbringungen zu veranlassen und durchzuführen. Zu ihrer Zielgruppe gehören in der Regel sozial desintegrierte Personen, die sich aus Hilflosigkeit oder anderen Gründen einer möglichen Behandlung entziehen oder diese nur unzureichend wahrnehmen.

Neben der Beratung und dem Angebot vorsorgender und nachgehender Hilfen als Bestandteile der Gesundheitshilfe gehört auch die medizinische und soziale Abklärung des Einzelfalles zu den Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste. Sie sollen ferner *Sprechstunden* abhalten und eine *aufsuchend-ambulante Tätigkeit* vor allem im Rahmen von *Hausbesuchen* entfalten. Im Hinblick auf diese Funktionen können sozialpsychiatrische Dienste einen Anknüpfungspunkt für den Aufbau des aufsuchend-ambulanten Dienstes als Teil des gemeindepsychiatrischen Verbundes (s. Kapitel C.5) bilden.

Die Zusammenarbeit mit *allen* Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion ist unerlässlich.

Ferner sollen sozialpsychiatrische Dienste beim Aufbau eines notfallpsychiatrischen und Kriseninterventionsdienstes im Zusammenwirken mit den zuständigen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigung initiiert tätig werden.

Die Mitarbeiterschaft des sozialpsychiatrischen Dienstes sollte *multiprofessionell* im Kern aus Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter und psychiatrisch vorgebildetem Krankenpflegepersonal zusammengesetzt sein. Dem Arzt sollte regelmäßig die Leitung übertragen werden.

Befindet sich eine Institutsambulanz im gleichen kommunalen Raum, kann eine klare Aufgabenteilung notwendig werden, da sich die Zielgruppen teilweise überlappen (s. Kapitel C.4.b).

d) Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätte (Kapitel C.4.d)

Im Laufe der Jahre nach der Psychiatrie-Enquête wurde immer deutlicher erkennbar, daß zwischen ambulanter Versorgung einerseits und stationärem Behandlungsangebot andererseits eine Versorgungslücke besteht. Es zeigte sich nämlich, daß insbesondere für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken eine Hospitalisierung vermeidbar ist, wenn die Betreuung durch ambulante Dienste und tagesstrukturierende Angebote ergänzt wird, die zur Stabilisierung der Betroffenen beitragen und ihnen helfen, eine weitgehend selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus wurde offensichtlich, daß lebenspraktische Maßnahmen dann gute Erfolgsaussichten haben, wenn für die Betroffenen ein schutzgewährender institutioneller Rückhalt verfügbar ist, wo sie durch kommunikative und aktivierende Angebote zur Teilnahme an Gruppenprogrammen motiviert werden und so Selbstvertrauen und Zugang zu ihren eigenen aktiven Möglichkeiten gewinnen können. Aufgrund dieser Erfahrungen kam es an vielen Stellen zu einer langsam zunehmenden Professionalisierung tagesstrukturierender Einrichtungen bei zunächst noch recht unterschiedlichen konzeptuellen und institutionellen Ausformungen.

Der institutionellen Umschreibung der Bausteine „Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion“ und „Tagesstätte“ wurden 13 diesbezügliche Einrichtungen aus dem Modellprogramm Psychiatrie zugrundegelegt. Überblickt man diese Einrichtungen, wird erkennbar, daß die relativ neue Institution der Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und noch stärker das, was unter Tagesstätte verstanden werden soll, sich in einem Entwicklungsprozeß befindet, dessen Abschluß noch bevorsteht. Die Variationsbreite bezieht sich vor allem auf die Angebotspalette, organisatorische Strukturen, Umfang der Einbeziehung von Laienhelfern und das konzeptuelle Selbstverständnis. Dennoch lassen sich durchgängig auch Gemeinsamkeiten feststellen.

Der unabgeschlossene Entwicklungsprozeß auf diesem Gebiet kommt auch in einer verwirrenden und differierenden Nomenklatur zum Ausdruck. Die Ex-

pertenkommission schlägt deshalb für die Zukunft folgende nomenklatorische Vereinheitlichung vor:

Unter *Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion* sollen alle ambulanten Dienste verstanden werden, die mit einer niedrigen Zugangsschwelle allen psychisch Kranken und Behinderten offen stehen, möglichst auch an Abenden und Wochenenden geöffnet sind und folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Beratung von psychisch Kranken und Behinderten sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,
- Angebot von Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung (lebenspraktisches Training),
- Angebot von Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie psychiatrischer Pflege,
- Angebot von Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Angebot von Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen.

Unter *Tagesstätten* sollen Einrichtungen verstanden werden, die bei wochentäglicher Öffnungszeit einer jeweils fest zusammengesetzten Gruppe von schwer psychisch Kranken und Behinderten längerfristige beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme anbieten. Zur Aufnahme in die Tagesstätte kommen insbesondere psychisch Kranke und Behinderte in Frage, die einerseits nicht hospitalisiert zu werden brauchen, andererseits dem offenen Angebot der Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion nicht oder noch nicht gewachsen sind.

Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sollen so ausgebaut werden, daß sie in der Lage sind, auch tagesstrukturierendes und lebenspraktisches Training, Erprobung individueller Belastbarkeit sowie Einübung von Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit und Verlässlichkeit systematisch im Rahmen *arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Maßnahmen* anzubieten. Diese ambulant angebotenen therapeutischen Behandlungsmaßnahmen müssen in klarer, auf den Einzelfall bezogener Indikation Stellung vom Kassenarzt zeitlich befristet verordnet und von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Entsprechende leistungsrechtliche Regelungen sind hierfür eine Voraussetzung (s. Kapitel E.4.a).

In dieser Weise zureichend ausgebaute Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sind zusammen mit den Tagesstätten regional verankerte ambulante Versorgungseinrichtungen, die, zwischen dem stationären bzw. teilstationären Bereich und den Praxen der niedergelassenen Ärzte liegend, ein therapeutisches Instrumentarium zur Rückfallverhütung, zur Stabilisierung und Besserung des Zustandes insbesondere chronisch psychisch Kranker darstellen.

e) Beschützte Wohnangebote (Kapitel C.4.e)

Eine nicht geringe Anzahl psychisch Kranker und Behinderter benötigt zu ihrer Integration in gemeinschaftliche Lebensformen, auch zur beruflichen Eingliederung konkreter Hilfen im Wohnbereich. Hierbei

bedarf es eines abgestuften Angebotes unterschiedlicher Wohnangebote. Zu unterscheiden sind:

— beschützte Einzelwohnungen

Hierzu gehört das Wohnen mit Angehörigen der Ursprungsfamilie oder der eigenen Familie sowie das Wohnen in einem Einpersonenhaushalt und zusammen mit einer anderen psychisch kranken oder behinderten Person in einem Zweipersonenhaushalt.

— beschützte Wohngruppen

Hierbei haben die Bewohner weitgehend voneinander getrennte Lebensbereiche. Nur übergreifende Probleme des Zusammenwohnens stellen eine gemeinsam zu bewältigende Aufgabe dar.

— Wohngemeinschaften

Hierbei hat das Zusammenleben der Mitglieder einen hohen Verbindlichkeitsgrad einschließlich der Verantwortung für eine arbeitsteilige Haushaltsführung.

— Wohn- und Übergangsheime

Grundsätzlich ist festzustellen, daß die Zahl der derzeit vorhandenen beschützten Wohnplätze noch höchst unzureichend ist. Sie muß deshalb dem jeweils örtlichen Bedarf entsprechend erhöht werden.

Kleinteilige, dezentralisierte Wohnangebote sind größeren Heimkomplexen unbedingt vorzuziehen, zumal letztere häufig keinen Bezug zu den Wohn- und Heimatorten ihrer Bewohner haben.

Die Zuweisung zu den einzelnen beschützten Wohnformen (Einzelwohnungen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften) muß sich an den individuellen Fähigkeiten der Kranken und Behinderten, nicht aber an sachfremden Vorgaben, beispielsweise der Kostenzuständigkeit ausrichten. Die Überführung langfristig stationär untergebrachter psychisch Kranker in derartige Wohnangebote bedarf sorgfältiger Vorbereitung.

Für die langfristige Unterbringung schwer gestörter chronisch psychisch Kranker werden auch in Zukunft Wohnheime benötigt. Sie sollen aber nach Möglichkeit nicht mehr als 20 Plätze umfassen. Grundsätzlich darf die Dimensionierung dieser Heime nicht von Kostenfragen abhängig gemacht werden, sondern muß sich an therapeutischen Kriterien orientieren.

Bei allen Wohnformen, mit Ausnahme von den Heimen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte sind alle sonstigen erforderlichen Hilfen (z. B. Arbeit, Freizeitgestaltung) durch die regionalen Dienste in räumlicher Trennung vom Wohnbereich zu erbringen.

Die gewachsene Trägervielfalt im Bereich der beschützten Wohnformen macht die Zusammenarbeit der Wohneinrichtungen mit den anderen regionalen Versorgungsdiensten zu einem besonders dringenden Erfordernis.

f) Tagesklinik (Kapitel C.4.f)

Die Tagesklinik ist ein verhältnismäßig junger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Nach tastenden Versuchen in den 20er und 30er Jahren dieses Jahrhunderts setzte im fünften Jahrzehnt eine lebhafte Entwicklung dieser inzwischen allseits bekannten Versorgungsform ein.

In eine Tagesklinik können aufgenommen werden:

- Akutkranke anstelle einer vollstationären Einweisung,
- Patienten nach einem kurz-, mittel- oder längerfristigen Krankenhausaufenthalt, wenn sie keiner vollstationären Betreuung mehr bedürfen und mit ambulanten Mitteln noch nicht hinreichend behandelt werden können,
- Patienten mit schleichendem Krankheitsbeginn und chronischen psychischen Leiden zur Behandlung der primären und sekundären Krankheitschäden, auch zur Vorbereitung auf weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen.

Faßt man diese Aufgabenstellung zusammen, kann man die Tagesklinik für ihren Indikationsbereich als Alternative und als Ergänzung zur vollstationären Krankenhausbehandlung bezeichnen. Die Krankenhausbehandlung psychisch Kranker sollte daher in Tageskliniken erfolgen, wenn immer dafür die Voraussetzungen gegeben sind.

Da die vorhandenen, noch sehr geringen Tagesklinikkapazitäten es nicht zulassen, daß die Tageskliniken als Bausteine gemeindepsychiatrischer Versorgung ein breites Spektrum psychisch Kranker aufnehmen können, erscheint eine Erweiterung des Platzpotentials besonders dringlich. Es ist anzustreben, daß in jeder Versorgungsregion (100 000 bis 150 000 Einwohner) mindestens 20 Tagesklinikplätze im Rahmen des Gesamtplatzbedarfs für krankhausbedürftige Patienten bereitgestellt werden.

g) Stationäre Einrichtung: Krankenhaus/Abteilung (Kapitel C.4.g)

Schwerpunkt des Modellprogramms war die Erprobung des außerklinischen gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes. Deswegen rücken psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern nur insofern in den Blick, als sich ein Rückbezug zu eben dieser außerklinischen gemeindepsychiatrischen Versorgung ergibt.

In diesem Zusammenhang ist zu fordern, daß auch die stationäre Krankenhausversorgung psychisch Kranker gemeindenah erfolgen und in die allgemeine Krankenhausversorgung integriert werden soll. Als notwendige Schritte zu diesem Ziel sollen einerseits psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vermehrt aufgebaut werden, die die regional durch Verträge delegierte Pflichtversorgung in enger Verknüpfung mit komplementären Einrichtungen der Region übernehmen. Andererseits sollen psychiatrische Krankenhäuser in Verbindung mit innerer Sek-

torisierung Außenstellen an Allgemeinkrankenhäusern bilden, die so weit ausgebaut werden sollen, daß sie die Versorgungsverpflichtung für einen Teil des ehemaligen Einzugsbereiches des psychiatrischen Krankenhauses übernehmen können. Schließlich soll die Außenstelle auch in die Trägerschaft des Allgemeinkrankenhauses übergehen, so daß eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus durch Verlagerung von Kapazitäten des psychiatrischen Krankenhauses entsteht.

Noch immer bestehen große, meist unzureichend ausgestattete Langzeitbereiche in psychiatrischen Krankenhäusern. Sie sollen durch die Rückführung langfristig hospitalisierter Patienten in gemeindenahere Betreuungsformen aufgelöst werden (s. Kapitel E.3).

Für schwerer gestörte in psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachte chronisch psychisch Kranke, die nicht in offene Wohnformen integriert werden können, sollen kleinere bedarfsgerecht differenzierte Wohnheime wohnortnah bzw. gemeindenah aufgebaut werden (s. Kapitel E.3).

Dabei ist zu beachten, daß man auch in Zukunft davon wird ausgehen müssen, daß eine kleine Anzahl chronisch psychisch Kranker und Behinderter einer langfristigen klinisch-stationären Behandlung bedarf. Es muß dafür gesorgt werden, daß diese Gruppe in den Krankenhäusern bzw. Abteilungen qualifiziert behandelt und betreut werden kann.

Das langfristige Ziel der Verkleinerung und Umwandlung der wohnortfernen großen psychiatrischen Krankenhäuser, die sowohl klinisch-stationäre als auch komplementäre Funktionen miteinander verbinden, setzt voraus, daß diese Funktionen von entsprechenden, kleineren stationären Einrichtungen in der Gemeinde vollständig und ohne verbleibende Versorgungslücken übernommen werden.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund als Fundament allgemeinspsychiatrischer ambulanter Versorgung (Kapitel C.5)

Viele der dargestellten Bausteine finden sich schon heute im Versorgungsfeld vor. Als Funktionsträger erfüllen sie die von der Expertenkommission vorgegebenen qualitativen Soll-Vorstellungen aber in sehr unterschiedlicher Weise. Offenkundige Defizite beziehen sich aber nicht nur auf die den Bausteinen selbst zugedachten Funktionen, sondern vor allem auch auf ihr sinnvolles, dem Bedarf entsprechenden ausgewogenes Zusammenwirken in einer Planungseinheit oder Versorgungsregion. So wird zunehmend deutlicher, daß die Versorgungssituation in vielen Regionen durch mangelnde Kooperation, Abschottung der Träger und Betreiber gegeneinander, kontraproduktives Konkurrenzverhalten und Zersplitterung des Leistungsangebotes gekennzeichnet ist. Dieser Sachverhalt wirkt sich nicht zuletzt negativ auch auf die von der Expertenkommission besonders herausgehobene Gruppe der chronisch psychisch Kranken und Behinderten aus. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und der allgemeinspsychiatrischen Versorgung außerhalb des stationären Krankenhausberei-

ches ein effektives Fundament zu geben, schlägt die Expertenkommission die Bildung eines *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* für jede Versorgungsregion vor.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund besteht aus folgenden *Komponenten*

- aufsuchend-ambulanter Dienst
- Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und
- Tagesstätte.

Diese Komponenten sollten so ausgestaltet werden, daß sie den funktionalen Anforderungen entsprechen, wie sie in den jeweiligen Baustein-Kapiteln gefordert sind.

Das gesamte Aufgabenspektrum des Gemeindepsychiatrischen Verbundes umfaßt damit nachgehende Hilfen für chronisch psychisch Kranke und Behinderte sowie Beratung, Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung (lebenspraktisches Training) im Rahmen arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Maßnahmen, psychiatrische Pflege, Hilfe zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen durch psychotherapeutische Gruppentherapie sowie Clubaktivitäten und Freizeitangebote, Hilfen zum Wohnen und Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen, schließlich langfristig angelegte beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme für schwerer gestörte psychisch Kranke und begleitende Hilfen im Arbeitsleben.

Die Bildung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zielt nicht primär auf die Schaffung *neuer* Einrichtungen. Vielmehr sollte der Aufbau, soweit möglich, an bereits bestehende Einrichtungen und Dienste anknüpfen. In der Regel werden sich folgende *Anknüpfungspunkte* ergeben:

Für den *aufsuchend-ambulant*en Dienst

- sozialpsychiatrische Dienste
- psychiatrische Krankenhauseinrichtungen, vor allem wenn sie über Institutsambulanzen verfügen
- Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion mit aufsuchend-ambulantem Aktivitäten

Für die *Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion*

- schon bestehende Einrichtung dieses Typs
- sozialpsychiatrische Dienste, wenn diese sich um die entsprechende Funktion ergänzt haben.

Die bislang nur vereinzelt errichteten *Tagesstätten* müssen überwiegend neu hinzugefügt werden.

Neben den hier aufgeführten institutionellen Anknüpfungspunkten für die einzelnen Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbundes hält es die Expertenkommission darüber hinaus für denkbar, daß auch weitgehend ausgebaute und multiprofessionell ausgestattete *gemeindepsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxen* in einigen Fällen zu einem Anknüpfungspunkt eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes werden könnten.

Der Forderung nach rationeller Aufgabenbündelung und funktionalen Zusammenfassung soll dadurch

Rechnung getragen werden, daß der Gemeindepsychiatrische Verbund eine *rechtsfähige Form* erhält, die ihn in den Stand versetzt, als Vertragspartner gegenüber den Kostenträgern aufzutreten. Um dieser Bündelung zu entsprechen, empfiehlt die Expertenkommission die Bildung eines *Leitungsgremiums* aus Mitarbeitern des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und die Einbindung eines Arztes (Psychiater) in dieses Gremium.

Die Expertenkommission mißt dem derart formierten Gemeindepsychiatrischen Verbund die Rolle eines Motors zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in den Versorgungsregionen zu. Das betrifft nicht nur die Hilfen zum Wohnen, sondern auch die Initiierung von Einrichtungen und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation (s. Kapitel C.8). In diesem Zusammenhang muß auch die Empfehlung der Expertenkommission gesehen werden, den psychosozialen Dienst nach dem Schwerbehindertengesetz dem Gemeindepsychiatrischen Verbund anzubinden, solange die in Kapitel C.8 empfohlene alternative Lösung nicht realisiert ist.

Die Expertenkommission ist der Ansicht, daß diejenigen Leistungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, die im Sinne der Krankenbehandlung offenkundig therapeutische Leistungen sind, auch entsprechend von den zuständigen Kostenträgern bezahlt werden müssen (s. Kapitel E.4).

Koordination und Steuerung als Aufgabe der kommunalen Gebietskörperschaften (Kapitel C.6)

Es ist mit Sicherheit davon auszugehen, daß die im vorangegangenen Abschnitt vorgeschlagene Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes pro Versorgungsregion sich nicht aus dem freien Spiel der Kräfte gleichsam von alleine ergibt. Im Rückbezug auf die Ausführungen über die Grundsätze der gemeindepsychiatrischen Versorgung (vgl. Kapitel C.2) fallen den Gebietskörperschaften angesichts des notwendig werdenden regional unterschiedlichen Aufbau- und Umstrukturierungsprozesses zweifellos entscheidende vorbereitende planende und koordinative Aufgaben zu. Um diesen recht schwierigen Anforderungen gerecht werden zu können, empfiehlt die Expertenkommission die Einrichtung einer *Koordinationsstelle* (mit Fachkraft besetzte Verwaltungsstelle) bei den kommunalen Gebietskörperschaften. Diese sollte in Form einer stabsartigen Anbindung den zuständigen Dezernenten beigegeben werden, damit der unmittelbare Kontakt zwischen den an der Versorgung Beteiligten und den administrativen Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen gewährleistet ist. Zum Aufgabenkreis eines Koordinators sollen gehören:

- umfassende Kenntnis des Leistungsspektrums aller Dienste im Versorgungsgebiet einschließlich persönlicher Kontakte zu den Betreibern und den jeweiligen Trägern,

- fortlaufende Information des Dezernenten, Erstellung von Unterlagen und gegebenenfalls Vorlagen,
- Organisation von Besprechungen mit den Trägern, Feststellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der jeweiligen Aufgabenwahrnehmung, Abstimmung und Verteilung der Aufgaben zur anstehenden Bedarfsdeckung,
- Entwicklung von Planungskonzepten unter Einbeziehung der regionalen Dienste,
- Koordination und Initiierung von Aktivitäten in der Region,
- Verhandlungen mit Kostenträgern zum Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes,
- Organisation von Fortbildung.

Langfristig liegt der Schwerpunkt der Aufgaben des Koordinators in der Vermittlung zwischen Administration, dem politischen Willen des Rates und den im Versorgungsfeld Tätigen. In diesem Zusammenhang hält es die Expertenkommission für unerlässlich, daß dem zuständigen Dezernenten ein *Beirat* zugeordnet wird. Dem Beirat sollten zumindest Vertreter der folgenden Gruppen angehören:

- der an der Versorgung in der Region beteiligten oder zu beteiligenden Träger,
- der zuständigen kommunalen Ämter,
- der Kostenträger,
- der Arbeitsverwaltung,
- der zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,
- der niedergelassenen Ärzteschaft,
- der Angehörigen,
- der kommunalen Mandatsträger.

Vertreter der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften können auf Wunsch des Beirates beigezogen werden.

Die Trias aus Dezernent, Koordinator und Beirat hat sich im Modellprogramm bewährt und wird deshalb für erforderlich gehalten, weil nach Ansicht der Expertenkommission Koordination und Steuerung unter den Gegebenheiten der kommunalen Selbstverwaltung und dem Gesichtspunkt der Subsidiarität gegenüber der freien Wohlfahrt nachhaltig und auf Dauer nur im Konsensus aller Beteiligten realisiert werden kann. Die verschiedenen an der Versorgung beteiligten Gruppierungen mit ihren unterschiedlichen Sichtweisen und Interessenlagen an einen Tisch zu bringen, ist eine Aufgabe, mit deren Erfüllung zu allererst die Partikularität zugunsten eines auf das Ganze der Planungseinheit mit ihren Untergliederungen bezogenen Versorgungsdenkens überwunden werden kann. Es erscheint wünschenswert, daß ein solches „regionales Bewußtsein“ unter denen entsteht, die sich zu gemeinsamer Arbeit an psychisch Kranken und Behinderten verpflichten. Es kann aber nur entstehen, wenn Rat und Administration bereit sind, die bestehende Verantwortung zu übernehmen und sich

ein gesundheitspolitischer Wille ausbildet, die gemeindepsychiatrische Versorgung in den Grenzen der Gebietskörperschaft voranzutreiben.

Die koordinative Tätigkeit von kommunaler Verwaltung, Koordinator und Beirat ist naturgemäß nicht auf den jeweiligen Ausbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes — also den Bereich der Allgemeinpsychiatrie — beschränkt. Vielmehr gehört es zu den Aufgaben der genannten Verantwortlichen selbstverständlich, die Weiterentwicklung auch der für besondere Patientengruppen oder Bedarfslagen spezifisch erforderlichen Versorgungsformen zu fördern. Dies betrifft

- psychisch kranke Kinder und Jugendliche
- psychisch kranke alte Menschen
- Abhängigkeitskranke
- den Gesamtkomplex der sinnvollen Beschäftigung und Arbeit einschließlich der beruflichen Eingliederung für psychisch Kranke und Behinderte.

Schließlich ist die angemessene psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung in der Versorgungsregion zu bedenken.

Aus diesem Grunde schlägt die Expertenkommission vor, entsprechende *Arbeitsgruppen* dem Beirat anzugliedern, deren Aufgabe es ist, jeweilige Fachplanungen vorzubereiten und dem Koordinator bzw. Beirat zukommen zu lassen.

Hiervon unbeschadet verbleibt den regionalen, schon in der Psychiatrie-Enquête empfohlenen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ihre Aufgabe als Instrument gegenseitiger Information und persönlicher Kontaktnahme unter den Betreibern von Diensten in der Region, die mit der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu tun haben. Darüber hinaus sollten sich Koordinator und Beirat die in der Alltagspraxis gewonnenen Erfahrungen der Mitglieder psychosozialer Arbeitsgemeinschaften sowie die hieraus resultierenden Wünsche und Vorstellungen zunutze machen.

Dem Koordinator ist die Aufgabe der Organisation von regionaler Fortbildung zuzuweisen, wie dies in Kapitel E.1 in einem diesbezüglichen Abschnitt ausführlich dargelegt ist. Hierbei sollte der Koordinator, unterstützt durch qualifizierte Mitarbeit, mit denjenigen Organisationen, welche schon bislang auf dem Gebiet der Fortbildung tätig sind, zusammenarbeiten und als Anlaufstelle für Anfragen zur Verfügung stehen. Für eine angemessene Finanzierung der überaus wichtigen Fortbildungsaktivitäten ist Sorge zu tragen.

Arbeit und berufliche Förderung (Kapitel C.8)

Für psychisch Kranke und Behinderte sind aus therapeutischen wie aus humanitären Gründen unbedingt Möglichkeiten der Teilhabe an Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu schaffen. Auch die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind dabei für diesen Personenkreis wohnortnah anzubieten. Arbeitstherapeutische Verfahren (als integrierter Bestandteil der

medizinischen Heilbehandlung) sowie berufliche Hilfen (als Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation) sind nach Auffassung der Expertenkommission ein unverzichtbarer Bestandteil gemeindepsychiatrischer Angebote.

Die Arbeitslosigkeit psychisch Kranker und Behinderter hat ein beängstigendes Ausmaß angenommen. An der Frage der Teilhabe am Arbeitsleben kann der Fortgang der Reform scheitern. Wesentliche Gründe dafür sind:

1. Zwar werden akut Kranke immer schneller aus der Klinik entlassen, aber immer häufiger erfolgt dies in die Arbeitslosigkeit hinein, weil sie vor oder während der Behandlung ihre Stelle verloren haben. Die Belastungen erzwungener Untätigkeit beeinträchtigen den Genesungsprozeß und vergrößern den Betreuungsaufwand durch Angehörige und Fachkräfte erheblich.
2. Zwar werden zunehmend Langzeitpatienten in den gemeindeintegrierten Wohnbereich eingegliedert. Dies bleibt aber Stückwerk, weil ihnen kaum Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten geboten werden können.
3. Zwar wird jüngeren psychisch Kranken durch Hilfen im ambulant-komplementären Bereich heute zunehmend das Schicksal der Dauerhospitalisierung in Anstalten erspart, aber sie schaffen den Einstieg ins Berufsleben vielfach überhaupt nicht mehr, und dadurch entsteht das Risiko, daß viele von ihnen als Folge der durch die Untätigkeit gesetzten Schädigungen in die Chronizität abrutschen.

Ursache für diese Entwicklung sind die tiefgreifenden Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, die zu einer Erhöhung der Anforderungen und einem Fortfall von „Nischenarbeitsplätzen“ für leistungsschwächere Arbeitnehmer geführt haben. Aufgrund dieser sich seit Mitte der 70er Jahre zuspitzende Entwicklung sind innerhalb und außerhalb des Modellprogramms auf vielen Ebenen Initiativen zur Linderung der Not ergriffen worden, deren intensive Fortführung die Expertenkommission nachhaltig empfiehlt:

- (1) Berufliche Förderung und Eingliederung können nur gelingen, wenn die psychisch Kranken und Behinderten bereits im Rahmen der medizinischen Heilbehandlung zielgerichtet auf die damit verbundenen Mindestanforderungen vorbereitet werden. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hatte daher folgerichtig während des Modellprogramms eine Arbeitsgruppe einberufen, die — aufbauend auf eine bundesweite Ist-Analyse der Situation in den psychiatrischen Krankenhäusern — Vorschläge zur Anpassung der lange Zeit vernachlässigten Arbeitstherapie an aktuelle Erfordernisse gemacht hat. Die Expertenkommission fordert die zügige Umsetzung dieses Konzeptes, mit der einige Krankenhausträger bereits begonnen haben.
- (2) Zur notwendigen Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist die Rehabilitations-einrichtung für psychisch Kranke und Behinderte

(RPK) gedacht. Das im Modellprogramm vereinbarte Anforderungsprofil an diese Einrichtung wird gegenwärtig erprobt. Die Expertenkommission sieht mit großer Sorge, daß die Realisierung dieses Erprobungsprogramms sehr zögerlich verläuft. Sie fordert die schnelle Umsetzung und gegebenenfalls Anpassung des Anforderungsprofils an die Erfordernisse der Praxis. Sie empfiehlt darüber hinaus, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte möglichst im regionalen Verbund zu betreiben, das heißt bisherige qualifizierte Übergangseinrichtungen (für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation) und Angebote der beruflichen Förderung (für die im Einzelfall notwendige anschließende berufliche Rehabilitation) miteinander zu verbinden. Verbundlösungen sind flexibler, sachgerechter und wirtschaftlicher als der Betrieb großer Einrichtungen, die alles unter einem Dach bieten.

- (3) Beschützte Arbeits- und Praktikumsplätze in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes sind bei entsprechender innerbetrieblicher oder externer psychosozialer Begleitung gut geeignet, Beschäftigungen unter weitgehend normalen Bedingungen möglich zu machen. Auch hier empfiehlt die Expertenkommission ein verstärktes Engagement. Beschäftigungsangebote auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollten prinzipiell Vorrang haben vor anderen Lösungen; dies gilt auch für Rehabilitationsmaßnahmen, deren Finanzierung in bezug auf den zusätzlichen Personalaufwand des Arbeitgebers noch zufriedenstellend geregelt werden muß.
- (4) Ein wesentlicher Schritt nach vorn war die angemessene Berücksichtigung seelisch Behinderter bei der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes und der Ausgleichsabgabenverordnung. Die Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt kann dadurch verbessert werden, weil Schwerbehinderte mit psychiatrischen Grundleiden in den Kreis der vorrangig zu fördernden Gruppen aufgenommen wurden. Es ist nun erforderlich, solche Angebote flächendeckend zu schaffen, um so die Existenz von Arbeitnehmern zu sichern, die psychisch krank werden oder bereits sind. Die Expertenkommission empfiehlt, diese Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund anzusiedeln, damit berufsbezogenes Fachwissen für alle Mitarbeiter besser verfügbar wird. Andere Organisationsmöglichkeiten können erprobt werden, wenn der psychosoziale Dienst nach dem Schwerbehindertengesetz in einem träger- und maßnahmeübergreifenden System zur kontinuierlichen Beratung und Begleitung der Behinderten durch die verschiedenen Phasen der beruflichen Rehabilitation bis zur Eingliederung aufgehen sollte (vgl. Kapitel C.8). Ein solcher Gemeinschaftsdienst aller Träger der beruflichen Rehabilitation hätte unter Beteiligung der Hauptfürsorgestellen unter anderem die Chance, die Beschränkung des Aufgabenspektrums der psychosozialen Dienste nach dem Schwerbehindertengesetz (diese können sich nur um solche Schwerbehinderte kümmern, die bereits beruflich eingegliedert sind, bzw. kurz vor der Eingliederung ste-

- hen) zu überwinden. Den psychosozialen Diensten bzw. den erweiterten Fachdiensten sollte die Federführung für den Aufbau der beruflichen Förderung und Eingliederung auf örtlicher Ebene übertragen werden.
- (5) Das Schwerbehindertengesetz in seiner neuen Form erleichtert den Aufbau und Betrieb sogenannter Selbsthilfe-Firmen für psychisch Schwerbehinderte, wie sie in den letzten Jahren in nahezu allen Bundesländern entstanden sind. Diese Projekte kompensieren den Fortfall von „Nischenarbeitsplätzen“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Sie sind eine Alternative zur Dauerarbeitslosigkeit von psychisch Behinderten, die zwar noch dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, aber dort keine Stelle (mehr) finden. Sie sind nicht Konkurrenz oder Alternative zur Werkstatt für Behinderte, die vor allem im Arbeitsbereich für einen Personenkreis mit schwereren Leistungsminderungen gedacht ist. Die Expertenkommission appelliert insbesondere an die Hauptfürsorgestellen, auch Firmenprojekte zu fördern.
- (6) Zwar stehen bereits rund 10 % der über 70 000 Plätze in den Werkstätten für Behinderte (WfB) ehemaligen Psychiatriepatienten zur Verfügung; eine den spezifischen Bedürfnissen dieses Personenkreises angemessene Förderung und Beschäftigung bildet jedoch die Ausnahme, weil die WfBs vor allem auf geistig Behinderte ausgerichtet sind. Aufbauend auf positive Erfahrungen mit spezialisierten Werkstätten bzw. Abteilungen empfiehlt die Expertenkommission, derartige Lösungen vorrangig zu fördern. Dabei muß die Ausrichtung der WfBs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hin verbessert werden, zudem sind Struktur- und Statusfragen zu klären. Ebenso sollte die Entlohnung im WfB-Arbeitsbereich ein Niveau haben, das eine Unabhängigkeit von Sozialhilfe möglich macht; zudem sollten die Beschäftigten im Arbeitsbereich endlich Arbeitnehmerstatus erhalten. Ferner sind Kooperationsformen mit normalen Wirtschaftsbetrieben sowie die Verknüpfung mit Selbsthilfe-Firmen zu entwickeln, um den „Sackgassencharakter“ der WfB und die damit verbundene Stigmatisierung und Perspektivlosigkeit zu beseitigen.
- (7) An einigen Orten (z. B. Wiesloch (Baden), Saarbrücken, Straubing und Hamburg) entstanden in den letzten Jahren berufliche Trainingszentren für psychisch Behinderte, die spezifische Erprobungs-, Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen in betriebsähnlichem Milieu bieten. Positive Erfahrungen dieser Zentren sollten nach Ansicht der Expertenkommission bei Weiterentwicklung berufsfördernder Angebote auf ortsnahe Ebene berücksichtigt werden. Die Expertenkommission geht davon aus, daß für ca. 1 Mio. Einwohner mindestens 60 Plätze für die qualifizierte und spezifische Erprobung, Fortbildung und das Training psychisch Behinderter benötigt werden. Bei der Realisierung dieses Bedarfs sollte man an bereits vorhandene Institutionen der beruflichen Rehabilitation und auch an Betriebe, die Plätze zur Verfügung stellen können, anknüpfen.
- (8) Das bundesweit zur Verfügung stehende System der über 50 Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke (BBW und BFW) stellt in den letzten Jahren zwar verstärkt Überlegungen an, auch seelisch Behinderte aufzunehmen. Aber abgesehen von einigen Ausnahmen herrscht hier weiter eine Politik der verschlossenen Tür, die unter dem Gesichtspunkt der Gleichstellung und wegen des großen Bedarfs an qualifizierten Vorbereitungs- und Ausbildungsmaßnahmen nach Ansicht der Expertenkommission nicht länger hingenommen werden kann. Bei der Anpassung der BBWs und BFWs an die Bedürfnisse der seelisch behinderten Rehabilitanden sollten die Funktionen des Wohnens (Internat) und der begleitenden psychosozialen und psychiatrischen Betreuung dabei möglichst von externen Diensten wahrgenommen werden.

Während des Modellprogramms hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung einige Projekte der beruflichen Rehabilitation (u. a. spezialisierte Werkstätten) gefördert. Er hat außerdem zusammen mit Vertretern der Leistungsträger, Einrichtungsträger und der Fachwelt ein Konzept zur beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter erarbeitet und 1987 unter dem Titel „Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter“ publiziert. Die Expertenkommission begrüßt die darin niedergelegte Zielvorstellung. Sie erwartet, daß die Bundesregierung nun initiativ wird, um den von ihr selbst mehrfach bestätigten Nachholbedarf in diesem Bereich entsprechend dieses Konzeptes zusammen mit den Ländern und den Trägern der Rehabilitation abzudecken.

D. Aspekte der Versorgung spezieller Gruppen

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche (Kapitel D.1)

Ein Fünftel bis nahezu ein Viertel der Gesamtbevölkerung besteht aus Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren. Kennzeichnend für das Kindes- und Jugendalter sind einerseits die natürlichen Vorgänge der körperlichen, seelischen und geistigen Entwicklung, welche immer auch mit – teilweise tiefgreifenden – krisenhaften Zuspitzungen verbunden sind. Andererseits aber ist dieser natürliche Entwicklungsprozeß verschränkt mit ebenfalls stetig wachsenden sozialen Anforderungen und Einflußnahmen durch Familie, Schule und Gesellschaft in Erziehung und Ausbildung.

Aus dieser dynamischen Konstellation von äußeren und inneren Einflüssen sowie körperlichen und seelischen Faktoren ergeben sich die besonderen Anforderungen an die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und ihre Rahmenbedingungen. Insbesondere die *Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit* zwischen Fachleuten aus den Bereichen der Entwicklungspsychologie, der Erziehung, der Bildung und Ausbildung sowie der Psychiatrie, Psychotherapie und Pädiatrie ist eine unerläßliche Voraussetzung einer angemessenen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In gleicher Weise

müssen auch die gesellschaftlichen Institutionen, deren Einflußnahme Kinder und Jugendliche in besonderem Maße ausgesetzt sind, mit in die Betreuung und Behandlung und die Versorgungsplanung einbezogen werden; allen voran die Familie, aber auch Schule und Ausbildungsstätte, die peer group und das weitere soziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen. Entsprechend komplex und vielgestaltig ist auch das System der Einrichtungen und ihrer Träger sowie der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Gesundheits-, Erziehungs- und Bildungswesen einerseits und Krankenkassen, Jugendhilfe und Sozialhilfe andererseits.

Der dynamische Entwicklungsprozeß des Kinder- und Jugendalters führt nach gesicherten Ergebnissen epidemiologischer Forschung bei 15 % bis 18 % aller Kinder und Jugendlichen — das sind rund zwei Millionen Menschen — zu psychischen und sozialen Auffälligkeiten, die über das Maß üblicher Entwicklungskrisen hinausgehen und bei denen Beratung und Hilfe angezeigt sind. Etwa ein Drittel davon — 5 % aller Kinder und Jugendlichen — ist eindeutig psychiatrisch behandlungsbedürftig, das sind bundesweit nahezu 750 000 junge Menschen unter 18 Jahren oder 100 bis 120 Kinder und Jugendliche auf 10 000 Einwohner.

Gegenüber diesen Zahlen an gebietsärztlich Behandlungsbedürftigen besteht derzeit in der Bundesrepublik Deutschland ein erschreckend hohes Behandlungsdefizit. Selbst in vergleichsweise sehr gut ausgestatteten Modellregionen lag die Rate der tatsächlichen Inanspruchnahme aller — nicht nur der gebietsärztlich geleiteten oder medizinischen — Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bei durchschnittlich etwa 3 % aller Kinder und Jugendlichen, also etwas mehr als der Hälfte des Schätzwertes von 5 % eindeutig psychiatrischer Behandlung Bedürftiger. Bezogen auf das gesamte Bundesgebiet dürfte diese Differenz noch deutlich größer ausfallen.

Seine wesentlichen Gründe hat dieses offenkundige Versorgungsdefizit vor allem in der geographisch extrem ungünstigen Verteilung der rein rechnerisch ausreichenden Bettenkapazität stationärer Behandlungseinrichtungen für diese Patientengruppe, in der völlig unzureichenden Zahl ambulanter Behandlungsangebote, in denen gebietsärztliche Kompetenz vertreten ist — letzteres sicherlich durch die Tatsache bedingt, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie erst seit 20 Jahren als eigenständiges Fachgebiet besteht und von daher sowohl von seiner Weiterbildungskapazität als auch berufspolitisch nicht voll mit anderen Fachgebieten konkurrieren kann — und nicht zuletzt in dem gravierenden Mangel an ausreichenden Plätzen im nachsorgenden, rehabilitativ orientierten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen.

Besonders betroffen vom unzureichenden Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sind einige Gruppen schwerer kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexer Problematik. Vor allem sind hier dissoziale und delinquente Kinder und Jugendliche sowie psychisch kranke jugendliche Rechtsbrecher zu nennen. Aber auch bei den Gruppen der Kinder mit neuropsychiatrischen Erkrankungen, Teilleistungs- und Aufmerksamkeitsstörungen, und bei ab-

hängigkeitskranken, suizidalen, autistischen, mißhandelten sowie körperlich chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen bestehen erhebliche Versorgungs- und Behandlungsdefizite.

Einige dieser Gruppen — z. B. abhängigkeitskranke oder autistische Kinder und Jugendliche — bedürfen regionaler spezialisierter Behandlungsangebote; bei anderen muß aufgrund ihrer bundesweit geringen Zahl notgedrungen mit dem Grundsatz der Gemeindenähe gebrochen werden. Sie bedürfen eigener spezialisierter überregionaler Behandlungseinrichtungen; offenkundiges Beispiel sind epilepsiekranken Kinder und Jugendliche mit ausgeprägten psychiatrischen Störungen.

Für den kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich müssen aufgrund der geringeren Zahl der zu versorgenden Patientengruppen insgesamt etwas andere Größenordnungen gelten als im Bereich der Allgemeinpsychiatrie. Für den *stationären* Bereich sollen auf 500 000 bis 750 000 Einwohner eine oder mehrere kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen mit insgesamt 50 bis 80 Plätzen, angeschlossener Tagesklinik und Institutsambulanz bzw. Poliklinik angestrebt werden. Diese Einrichtungen sollten auch imstande sein, einen kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst für alle an der Versorgung beteiligten Institutionen anzubieten. Die Verwirklichung größerer Gemeindenähe der stationären Einrichtungen wird nur ein langfristiger Prozeß sein können, da bundesweit eine ausreichende stationäre Platzkapazität besteht, deren angemessene Regionalisierung aber erhebliche Schwierigkeiten in Planung und Umsetzung aufwirft.

Im *ambulant* Bereich ist für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Regionen mit ca. 250 000 Einwohnern auszugehen. Anzustreben ist die Ansiedelung eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters in jeder solchen Region — das wären immerhin mehr als dreimal so viele Praxen, wie derzeit bundesweit bestehen. Hier besteht seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch im berufs- und kassenarztrechtlichen Bereich ein erheblicher Planungs- und Förderungsbedarf zur Verbesserung der Rahmenbedingungen und Erleichterung der Niederlassung für Kinder- und Jugendpsychiater.

Auch die Erziehungsberatungsstellen sollen entsprechend den Vorgaben der WHO ausgebaut werden; dies nicht primär in ihrer Zahl, als vielmehr in ihrer Ausstattung mit Fachkräften aus allen relevanten Gebieten. Insbesondere sollte auch eine möglichst enge Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrisch weitergebildeten Ärzten angestrebt werden. Dieses Kooperationsgebot gilt auch für die Einrichtungen der Frühförderung und des komplementären Feldes.

In Ballungsräumen und Regionen mit besonderen Risikogruppen sollten in den Versorgungsregionen (250 000 Einwohner) kinder- und jugendpsychiatrische Dienste eingerichtet werden, die auch Behandlungsfunktionen übernehmen sollten und insofern an Institutsambulanzen oder Polikliniken angebunden sein müssen.

Im *komplementären* Bereich wird man wiederum von Einzugsgebieten ausgehen müssen, die 500 000 bis

750 000 Einwohner umfassen. Dringend erforderlich ist hier der regionale Aufbau von 15 bis 20 Plätzen in rehabilitativ orientierten Heimen sowie weiteren 12 bis 16 Plätzen in Wohngemeinschaften für psychisch kranke Jugendliche. Dies ist nur zu erreichen, wenn die Finanzierungsmöglichkeiten für solche Angebote deutlich verbessert werden und die beteiligten Kostenträger eine größere Kooperations- und Kompromißbereitschaft bei der Bewältigung dieser gemeinsamen Aufgabe entwickeln. Aus fachlicher Sicht ist weiterhin dringend erforderlich, daß diese komplementären Einrichtungen auch für Heranwachsende über die recht künstliche Altersgrenze von 18 Jahren hinaus offenstehen, mindestens aber, daß mit Erreichen der Volljährigkeit nicht automatisch die Einrichtung verlassen werden muß.

Diese Grundzüge des Aufbaus einer angemessenen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung machen verstärkte Anstrengungen im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung für alle beteiligten Berufsgruppen erforderlich, sowohl hinsichtlich ihrer Menge als auch im Hinblick auf größere Verbreitung des kinder- und jugendpsychiatrischen Grundwissens. Bisher verfügen noch nicht einmal alle medizinischen Fakultäten und Hochschulen über einen Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Angesichts des geringen Ausbaugrades der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung müssen alle hier aufgeführten Forderungen als dringlich verstanden werden. Die höchste Priorität kommt jedoch dem ambulanten Bereich, insbesondere der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Niederlassung von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und dem komplementären Bereich zu.

Psychisch kranke alte Menschen (Kapitel D.2)

In der Bundesrepublik Deutschland sind ca. 9 Mio. Einwohner älter als 65 Jahre. Hiervon weisen insgesamt 2,2 Mio. (24 %) psychische Störungen auf. Bei rund 700 000 (7 bis 8 %) bestehen schwerer beeinträchtigende, eindeutig psychiatrischer Therapie bedürftige Krankheiten. Faktisch wird jedoch nur ein geringer Anteil dieser Gruppe behandelt. Die Psychiatrie des höheren Lebensalters wird darüber hinaus in den kommenden Jahrzehnten noch zunehmend an Bedeutung gewinnen, weil insbesondere die Gruppe der Höchstaltrigen (über 75jährige) überproportional zunehmen wird und gerade diese Gruppe eine Reihe von hohen Morbiditätsrisiken trägt.

Die gegenwärtige gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur ist nach wie vor durch eine Reihe von Defiziten gekennzeichnet: Der größte Teil behandlungsbedürftiger psychisch kranker alter Menschen wird außerhalb von Institutionen, also im ambulanten Feld versorgt. Die Mehrheit der Betroffenen wird jedoch über die somatische Diagnostik und Therapie hinaus von psychiatrischen Versorgungsangeboten nicht erreicht. Das trifft auch auf psychisch kranke Ältere zu, die zunehmend frühzeitig aus klinischer Behandlung entlassen werden, ohne daß eine zureichende ambulante Weiterbetreuung eingeleitet worden ist.

Während sich in verschiedenen Ländern der Sinn und die Effizienz teilstationärer Versorgung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie längst erwiesen hat, besteht in der Bundesrepublik Deutschland ein großer Nachholbedarf. Vielen psychisch kranken alten Menschen droht, wenn sie in Krankenhäusern behandelt werden, die Gefahr der raschen Verlegung auf Stationen für chronisch Kranke. Auf derartigen Stationen oder Abteilungen ist aber in der Regel die personelle Ausstattung schlechter als in anderen Bereichen. Die Folge ist eine frühzeitige Etikettierung des Kranken als sogenannter Pflegefall. Mögliche Rehabilitationsmaßnahmen bleiben so außer Betracht.

Altenwohn-, Alten- und Pflegeheime stehen als solche außerhalb der medizinischen und damit auch psychiatrischen Versorgung, jedoch fallen ihnen wichtige Funktionen in der Versorgung gerade psychisch kranker älterer Menschen zu. Das dringendste Problem in diesem Bereich liegt in der unzureichenden psychiatrischen Behandlung der Bewohner. Dies betrifft vor allem die Pflegeheime. Die in den Heimbereichen gegenwärtig herrschende „Verwahrungspraxis“ benachteiligt psychisch kranke ältere Menschen, da sie in ihrer Neigung zu Regression, Inaktivierung und zunehmender Abhängigkeit von anderen in besonderem Maße auf äußere Stimulation und Motivationshilfe angewiesen sind. Hier mangelt es in der Regel an aktivierender Pflege, die genügend personelle Ressourcen und Schulung voraussetzt. Einrichtungen der sogenannten geschlossenen Altenhilfe entbehren zudem häufig psychiatrischer Aufsicht, Beratung und Supervision. Grundsätzlich ist das Problem, in welcher Weise der zunehmende Anteil psychisch kranker, häufig verwirrter und desorientierter alter Menschen in die Einrichtungen der Altenhilfe angemessen integriert werden kann, noch weitgehend ungelöst.

Die Empfehlungen der Expertenkommission zur gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur bauen im wesentlichen auf dem im Jahr 1975 veröffentlichten Konzept der Psychiatrie-Enquête auf. Die Erfahrungen in den letzten Jahren und im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie haben bestätigt, daß eine Verbesserung des Versorgungsangebots für psychisch kranke und behinderte alte Menschen durch den Aufbau extramuraler Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie nur in sehr beschränktem Maße erreicht wird. Es muß daher gezielt ein spezifisch gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot angestrebt werden, das allerdings mit der allgemeinpsychiatrischen Versorgungsstruktur eng verbunden werden sollte. Ferner berücksichtigen die nachfolgenden Empfehlungen internationale Erkenntnisse und Empfehlungen, wie sie z. B. seitens der WHO vorliegen.

Im Mittelpunkt der Empfehlungen der Expertenkommission steht das *Gerontopsychiatrische Zentrum* (GZ), bestehend aus Tagesklinik, ambulantem Dienst sowie Altenberatung. In jeder Planungseinheit sollte mindestens ein derartiges GZ errichtet werden.

Aufgabe der *gerontopsychiatrischen Tagesklinik* ist die intensive diagnostische Abklärung und das „Assessment“, d. h. die Einschätzung der Fähigkeiten und Defizite bezüglich verbliebener bzw. reaktivierbarer Funktionskapazitäten bei den aufgenommenen

Kranken. Ferner werden von der Tagesklinik im Hinblick auf alltagsrelevante Fähigkeiten rehabilitative Trainingsmaßnahmen in Form von speziellen Gruppenprogrammen eingeleitet. Die Tagesklinik soll schließlich zur poststationären Behandlung und Rehabilitation dienen, um den für viele psychisch kranke ältere Menschen schwierigen Übergang von der stationären Versorgung zur völligen oder partiellen Selbstständigkeit zu ermöglichen.

Der *ambulante Dienst* übernimmt im Rahmen des GZ die konsiliarische, diagnostische und therapeutische patientenbezogene Beratung der Ärzte für Allgemeinmedizin oder praktischen Ärzte, die für ältere Kranke im wesentlichen die Hausarztfunktion wahrnehmen, sowie der nichtpsychiatrischen Gebietsärzte (Mitbehandlung). Er soll auch allgemeinmedizinischen Krankenhausabteilungen und darüber hinaus auch den Heimen als psychiatrischer Konsiliardienst zur Verfügung stehen. Hierdurch wird eine Verbesserung der auf den Einzelfall bezogenen psychiatrischen Versorgung sowie eine engere Kooperation zwischen dem medizinisch-psychiatrischen Bereich und den Einrichtungen der offenen und geschlossenen Altenhilfe angestrebt.

Der ambulante Dienst führt ferner Hausbesuche durch. Hierbei soll er feststellen, ob und in welchem Umfang ambulante ärztliche Versorgung und Hilfen zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung selbstständiger oder teilselbstständiger Lebensführung notwendig sind (ambulant Assessment). Er soll schließlich in die Lage versetzt werden, Lücken in der ambulanten Therapie zu schließen (z. B. durch spezifische Gruppentherapie-Angebote).

Altenberatungssprechstunden im Rahmen des GZ dienen dazu, älteren Menschen bzw. deren Angehörigen oder Betreuungspersonen barrierefreie Informationen über die regionalen Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Hilfen bei bestehenden psychischen und sozialen Problemsituationen zu vermitteln. Sofern derartige Altenberatungsdienste regional nicht existieren, kann die Entwicklung eines solchen Angebotes autochthone Aufgabe des GZ sein. Bestehen Altenberatungsdienste bereits in Form von Angeboten anderer Träger, so sollten diese ermutigt werden, Sprechzeiten im GZ einzurichten.

Das GZ muß als treibende Kraft der gerontopsychiatrischen Versorgung mit allen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Diensten eng zusammenarbeiten.

Was den *Heimbereich* anbetrifft, empfiehlt die Expertenkommission, insbesondere unter den zur Verfügung stehenden Alternativen für die Unterbringung psychisch kranker älterer Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe dann der integrierten Versorgung psychisch und somatischer Kranker innerhalb der Station Vorrang zu geben, wenn der Anteil schwerer psychisch Gestörter nicht zu hoch ist. Spezielle Heime oder Stationen für chronisch psychisch schwer gestörte und verwirrte Kranke sollten die Ausnahme bleiben.

Schließlich vertritt auch die Expertenkommission die Ansicht, daß eine Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit unverzichtbar ist.

Abhängigkeitskranke (Kapitel D.3)

In der Bundesrepublik Deutschland muß mit rund zwei Millionen behandlungsbedürftig Abhängigkeitskranken gerechnet werden (ca. 3,5 % der Bevölkerung). Etwa drei Viertel davon, also 2 bis 3 % der Bevölkerung sind alkoholkrank, immerhin 300 000 von ihnen (0,5 % der Bevölkerung) sind chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke. Die direkten und indirekten Folgekosten der Abhängigkeitskrankheiten in Behandlung, Entwöhnung, Stabilisierung und Rehabilitation werden auf annähernd 5 Mrd. DM pro Jahr geschätzt. Präventive Maßnahmen, vor allem hinsichtlich der Einschränkung des Alkoholkonsums durch Beschränkungen der Alkoholproduktion und -Abgabe, müssen daher ein wichtiger Bestandteil öffentlicher Bemühungen sein.

Angesichts der Dringlichkeit des Problems und der sozialen Destruktivität der Abhängigkeitskrankheiten wurde und wird den Abhängigkeitskranken traditionellerweise ein im Vergleich zu anderen psychiatrischen Patientengruppen verhältnismäßig hohes Maß an Aufmerksamkeit geschenkt. Insbesondere im Bereich des Konsums illegaler Drogen gibt es spezielle Forschungs- und Versorgungsprogramme, die nicht Gegenstand der Überlegungen der Expertenkommission waren. Sie konzentrierte sich vielmehr in ihren Empfehlungen auf die Alkoholkranken in Verbindung mit den Medikamentenabhängigen, die den Hauptteil der Gruppe der Abhängigkeitskranken ausmachen (s. o.).

Auch die Versorgung Alkoholkranker steht auf einem ausgebauten Fundament gewachsener Betreuungsformen, das im wesentlichen durch die ambulante Arbeit der traditionellen Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker, Guttempler, Blaues Kreuz u. ä.) und das Netz der Suchtberatungsstellen gebildet wird. Dem stehen im stationären Bereich die in der Rahmenvereinbarung von 1978 schematisch aufgeteilten Kompetenzen und entsprechend ausgebauten Kapazitäten der „Entgiftungs“- und „Entwöhnungsbehandlung“ gegenüber. Die dennoch bestehenden schwerwiegenden Defizite in der Versorgung Abhängigkeitskranker sind daher mit Ausnahme des komplementären Sektors (betreutes Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte) nicht im Mangel an Versorgungseinrichtungen, Platzkapazitäten oder Fachpersonal zu suchen. Es sind vielmehr strukturelle Defizite des Versorgungssystems, insbesondere die fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindenähe, rigide und den Behandlungserfordernissen zuwiderlaufende Kompetenzzuweisungen für verschiedene Behandlungsphasen und vor allem der beklagenswerte Mangel an notwendiger Kooperation und Koordination aller an der Versorgung Abhängigkeitskranker beteiligter Einrichtungen, die eine Reform des Versorgungssystems für diese Gruppe im Sinne einer flexiblen, differenzierten und gemeindenahen Betreuung dringend erforderlich machen.

Insbesondere müssen in der Versorgung Abhängigkeitskranker die Grundsätze der gemeindenahen, umfassenden und bedarfsgerechten Versorgung zur Geltung gebracht werden. Im *ambulanten Bereich* bedeutet dies vor allem eine kleinräumige Gliederung

der Versorgungsangebote nach Versorgungsregionen (150 000 Einwohner), die multidisziplinäre personelle Ausstattung der Versorgungsdienste und die Festlegung ihrer Zuständigkeit für alle Abhängigkeitskranke in ihrer Versorgungsregion (mit Ausnahme der Drogenabhängigen). In gewisser Weise kann man von einem regionalen Pflichtversorgungsauftrag solchermaßen strukturierter Dienste sprechen.

Die ambulanten Dienste und die Einrichtungen des medizinisch-ärztlichen Versorgungssystems (im ambulanten und stationären Bereich) müssen verpflichtet werden, verbindliche Kooperationsformen zu entwickeln. In Kooperation mit den allgemeinpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen der Planungseinheit muß ein psychiatrischer 24-Stunden-Notdienst geschaffen werden, der auch für akute Krisen bei Abhängigkeitskranken zuständig ist.

Der Aufbau eines bedarfsgerechten gemeindenahen Systems der Versorgung Abhängigkeitskranker bedeutet für den *stationären Bereich* vor allem zweierlei: Zum einen die Ermöglichung therapeutischer Kontinuität vom Beginn der Entgiftung bis zu den Wiedereingliederungsbemühungen während oder nach der Entwöhnung in Kooperation mit den an der Betreuung beteiligten Diensten und Einrichtungen. Hierfür ist es erforderlich, daß Entgiftungsbehandlungen nur noch von stationären Einrichtungen durchgeführt werden dürfen, die neben den Aufgaben der symptomatischen Beseitigung akuter Folge- und Begleitkrankheiten auch eine auf die Grundkrankheit „Abhängigkeit“ ausgerichtete Behandlungskonzept vorhalten und über entsprechend ausgebildetes Fachpersonal verfügen. Aus dieser sozial- und psychotherapeutischen Behandlungsnotwendigkeit schon während der Entgiftungsbehandlung ergibt sich auch die Forderung nach Flexibilisierung des Übergangs zwischen Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung in zeitlicher und kostentechnischer Hinsicht. Mittelfristig sollte deshalb die den Behandlungserfordernissen zuwiderlaufende Kategorisierung durch die Begriffe „Entgiftung“ und „Entwöhnung“ aufgegeben werden.

Zum zweiten ist es unerläßliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung Abhängigkeitskranker, die Suchtfachkliniken nach und nach verbindlich in die regionale Gesamtversorgung mit einzubeziehen. Schon jetzt sollten Patienten nicht länger durch Kostenträger-Vorgaben daran gehindert werden, in regionalen Fachkliniken aufgenommen zu werden. Über die Frage, wann und wo ein Patient nach der Entgiftung zur Entwöhnungsbehandlung aufgenommen werden soll, dürfen allein therapeutische Gesichtspunkte entscheiden. Das gleiche gilt für die Dauer der Entwöhnungsbehandlung, die sich insbesondere bei mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken auf bis zu zwei Jahre erstrecken kann.

Im Bereich der *komplementären* Versorgung, der insbesondere für chronisch Abhängigkeitskranke von elementarer Bedeutung ist, ist der gemeindenaher Aus- und Aufbau von Hilfen im Bereich des betreuten Wohnens, der Arbeit und der tagesstrukturierenden Maßnahmen sowie der Hilfen im Bereich der sozialen Kontakte und der Freizeitgestaltung dringend erforderlich.

Die unerläßliche Umstrukturierung des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke ist nur in der gemeinsamen Anstrengung aller beteiligten Einrichtungen und Dienste in Angriff zu nehmen. Um die notwendige Kooperation und Koordination aller Beteiligten zu ermöglichen und voranzutreiben, empfiehlt sich die Bildung eines entsprechenden Gremiums als Arbeitsgruppe des kommunalen Beirats, in welchem planerische Vorgaben entwickelt und ihre Umsetzung gefördert werden können.

Neurotisch und psychosomatisch Kranke (Kapitel D.4)

Neurotisch und psychosomatisch Kranke sowie persönlichkeitsgestörte Menschen machen einen nicht unbeträchtlichen Anteil (15 bis 25 %) aller Patienten aus, die im Laufe eines Jahres psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen. Patienten mit diesen Diagnosen zu einer „speziellen Gruppe“ mit besonderen Versorgungsnotwendigkeiten zusammenzufassen, bezieht seine Rechtfertigung vor allem aus den spezifischen Behandlungserfordernissen für diese Patienten. Ihnen allen ist gemeinsam, daß ihre Leiden von Krankheitswert ihre primäre Ursache nicht in organischen Defekten oder endogenen Faktoren haben, sondern aufgrund seelischer Schädigungen oder innerpsychischer Störungen entstanden sind. Von daher bedürfen diese Patienten als vordringlicher Therapieform der *psychotherapeutischen* Behandlung. Ihr besonderer Bedarf an Versorgungsangeboten ergibt sich deshalb aus der Diskussion der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung, die allerdings nicht allein den engeren Kreis der in der Überschrift beschriebenen Patientengruppe im Auge haben kann. Denn die psychotherapeutische Behandlung ist auch als wichtige Ergänzung psychiatrischer wie auch somatischer ärztlicher Behandlung ein notwendiges Instrument, betrifft also nicht allein diejenigen Patienten, deren körperliche Krankheit offenkundig seelisch mitbedingt ist, sondern auch manche Gruppen psychisch Kranker und Behinderter, deren Bedarf an spezifisch psychotherapeutischer Behandlung neben der psychiatrischen Therapie häufig nicht erkannt wird oder wegen angeblich mangelnder Erfolgsaussichten unberücksichtigt bleibt. Zu ihnen gehören die Gruppe der psychisch kranken alten Menschen, der Abhängigkeitskranken und der chronisch psychisch Kranken, die allzu häufig ohne die angemessene psychotherapeutische Behandlung bleiben. Ebenso erfahren oft auch Patienten, die eine schwere chronisch körperliche Krankheit seelisch verkraften müssen, nicht die erforderliche psychotherapeutische Betreuung.

Neuere epidemiologische Untersuchungen umreißen die Größenordnung des psychotherapeutischen Versorgungsbereiches im engeren Sinne, also für neurotisch und psychosomatisch Kranke. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß ca. 11,5 % der Bevölkerung — rund 7 Mio. — an psychogenen Störungen leiden, die einer qualifizierten psychotherapeutischen Behandlung zugänglich sind und bei denen diese erfolgversprechend wäre. Ein eindeutiger psychotherapeutischer Behandlungsbedarf wegen psy-

chogener Leiden muß bei 1,5 % bis 2 % der Bevölkerung, also bei 0,8 bis 1,2 Mio. Menschen angenommen werden. Demgegenüber steht die Tatsache, daß innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes der Anteil der Ausgaben für ambulante psychotherapeutische Behandlung am Gesamtvolumen der kassenärztlichen Versorgung kaum mehr als 0,5 % betrug. Wenngleich diese Zahlen nicht gegeneinander aufzurechnen sind, lassen sie doch die Vermutung zu, daß der bestehende Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung noch nicht umfassend gedeckt ist.

Komplizierend für die Ausgestaltung der psychotherapeutischen Versorgung wirkt sich die Tatsache aus, daß die inhaltlichen Auffassungen dessen, was Psychotherapie sei, in der Öffentlichkeit weit auseinander gehen. Nicht zuletzt der sogenannte „Psycho-Markt“ profitiert von dieser begrifflichen Unschärfe. Demgegenüber bezieht sich die Expertenkommission in ihren Überlegungen zur psychotherapeutischen Versorgung auf die Begrifflichkeit der für die kassenärztlichen Versorgung gültigen Psychotherapierichtlinien.

Innerhalb dieses Rahmens kann die psychotherapeutische Grundversorgung von einer entsprechenden Spezialversorgung unterschieden werden. Die Zielsetzung der psychotherapeutischen *Grundversorgung* ist begrenzt und strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung an. Insofern umfaßt sie die sogenannte „kleine Psychotherapie“. Nach Auffassung der Expertenkommission ist jedoch die psychotherapeutische Grundversorgung nicht auf diesen engen Ausschnitt aus dem ärztlichen Tätigkeitsspektrum begrenzt. Zu ihr ist insbesondere im Feld der psychiatrischen Versorgung auch die prinzipielle psychotherapeutische Sensibilität, Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit möglichst aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Menschen zu zählen, welche an anderer Stelle mit dem Begriff der „psychotherapeutischen Basiskompetenz“ benannt ist (vgl. Kapitel E.1 und das folgende Kapitel der Zusammenfassung).

Um eine solche psychotherapeutische Basiskompetenz in alle Bereiche der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in wachsendem Umfang einzubringen, sind nach wie vor verstärkte Anstrengungen erforderlich. Dies sollte vordringlich durch Intensivierung und diesbezügliche Qualifizierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung sämtlicher Berufsgruppen geschehen, die außerstationär und stationär mit medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Methoden präventive, beratende, therapeutische und rehabilitative Aufgaben zu bewältigen haben.

Die psychotherapeutische *Spezialversorgung* umfaßt die Leistungen der sogenannten großen oder Richtlinienpsychotherapie, welche von entsprechend weitergebildeten Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sowie im Rahmen des Delegationsverfahrens von hierzu berechtigten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Ein besonderes Versorgungsproblem liegt sicherlich darin, daß diese geographisch extrem

ungleichgewichtig verteilt sind, so daß von einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung keine Rede sein kann. Hier sollten die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkte Bemühungen zur Steuerung der Niederlassung von Psychotherapeuten entwickeln.

In diesem Zusammenhang vertritt die Expertenkommission die Auffassung, daß eine sachgerechte, berufsrechtliche und qualifizierende Gesichtspunkte berücksichtigende Regelung durch ein „Psychotherapeutengesetz“ für Psychotherapie ausübende Psychologen dringend erforderlich ist.

Der größte Teil der spezifisch psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen kann ambulant versorgt werden. Für einen kleinen Teil von Patienten jedoch ist eine stationäre Psychotherapie indiziert, wobei das in der Bundesrepublik Deutschland vorhandene Angebot an solchermaßen in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen Betten ausreichend zu sein scheint. Ein eigentümliches Problem der stationären psychotherapeutischen Versorgung besteht darin, daß in einer nicht geringen, aber auch nicht klar bezifferbaren Anzahl von außerhalb der Krankenhausplanung stehenden stationären Einrichtungen als Kurz- und Spezialeinrichtungen stationäre Psychotherapie angeboten wird, deren therapeutische Notwendigkeit ebensowenig klärbar ist wie ihre Effektivität. Hier sind dringend Untersuchungen angezeigt, aus deren Ergebnissen notwendige Steuerungselemente für diesen Versorgungsbereich abgeleitet werden sollen.

Das sicherlich schwerwiegendste Hindernis auf dem Wege zum Aufbau einer bedarfsgerechten und umfassenden psychotherapeutischen Versorgung ist die Tatsache, daß es kaum Berührungspunkte zwischen der Psychotherapie als Spezialgebiet und der Arbeitsweise der übrigen medizinischen Fachgebiete gibt. Eine stärkere Integration der Psychotherapie in die medizinische Behandlung ist vor allem im stationären Bereich wegen der beträchtlichen Anzahl neurotisch und psychosomatisch Kranker in Allgemeinkrankenhäusern dringend erforderlich.

Die Expertenkommission empfiehlt daher die Einrichtung von *Liaisondiensten* an Allgemeinkrankenhäusern, die von Ärzten mit spezifischer Bereichsweiterbildung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse und qualifizierten Kenntnissen in der jeweilig zu betreuenden medizinischen Disziplin wahrgenommen werden sollen. Dies ist auch auf den somato-psychischen Problembereich zu beziehen, weil schwerere somatische Krankheiten nicht selten eine Dekompensation mit psychoneurotischen Symptom- und Reaktionsbildungen auslösen können.

E. Personelle, administrative und legislative Grundlagen

Aus-, Weiter- und Fortbildung (Kapitel E.1)

Die Realisierung des von der Expertenkommission angestrebten weitgehend institutionsübergreifenden und integrativen Arbeitseinsatzes in der Gemeindepsychiatrie steht und fällt mit der Kooperationsbereit-

schaft und -fähigkeit der beteiligten Dienste und Disziplinen. Es wurde auf die Hindernisse und Schwierigkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit hingewiesen, ohne die eine qualifiziert aufeinander abgestimmte Berücksichtigung der jeweils zu beachtenden somatischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Aspekte in Behandlung, Pflege und Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter nicht möglich ist.

Während die berufsübergreifende Zusammenarbeit im stationären und teilstationären Bereich, also im Rahmen einer Institution, noch am ehesten gelingt, fehlt eine einzelfallbezogene Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Diensten in der Gemeinde weitgehend. Kontakte kommen nur sporadisch zustande und führen selbst da, wo sie kontinuierlich praktiziert werden, in der Regel nicht zu verbindlich miteinander vereinbaren und aufeinander abgestimmten arbeitsteiligen Behandlungs- und Betreuungsprogrammen. Das gleiche Defizit gilt für die Einbeziehung der Familien der Patienten in Entlassungs- und Rehabilitationspläne.

Auf diese Barrieren, unter denen vor allem Patienten mit Nachsorgebedarf zu leiden haben, stieß auch die „Arbeitsgemeinschaft Fortbildung“, deren Mitarbeiter das Modellprogramm durch eine Vielzahl von praxisbezogenen, meist regionalen Fortbildungsangeboten begleiteten. Einen Schwerpunkt bildeten Fortbildungsaktivitäten, deren Ziel es war, alle an der Versorgung beteiligten Dienste und Mitarbeiter im Hinblick auf gemeinsame Arbeitsziele (bezogen auf einzelne Patienten) und auf die Zielsetzung der Entwicklung des regionalen Systems der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter und eines entsprechenden „regionalen Bewußtseins“ zu einigen und sie zu befähigen, verantwortlich an der gemeinsamen Sache mitzuwirken.

Derartige Fähigkeiten werden in den Grundausbildungen der psychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen nicht oder allenfalls bruchstückhaft entwickelt. Vertreter aller Berufsgruppen sind durch ihre Grundausbildungen auf die besonderen Anforderungen nicht vorbereitet, die eine in die Lebensumwelt der Bürger eingebundene Psychiatrie an sie stellt. Erst in der Praxis lernen sie, wie man mit dem persönlichen Umfeld der Patienten (Angehörige, Freunde etc.) konstruktiv zusammenwirken kann. Erfahrungen in der notwendigen Einbeziehung und Stützung des „natürlichen Hilffsystems“ sind daher berufsbegleitend zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Das Konzept der Gemeindepsychiatrie mutet den Mitarbeitern somit Aufgaben und Verpflichtungen zu, auf die sie durch die Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet sind. Zusätzlich zur Fachkompetenz im eigenen Beruf werden von den psychiatrisch Tätigen übergreifende Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen erwartet, die als psychiatrisch-psychotherapeutische Grundhaltung oder „Basiskompetenz“ bezeichnet wird. Über diese sollten alle professionellen Helfer als gemeinsame Plattform zur Bewältigung der Alltagsanforderungen und zur Überbrückung der Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsfeldern verfügen.

Die Förderung und Vermittlung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Basiskompetenz geschieht am wirkungsvollsten in praxisbegleitenden Fortbildungen auf regionaler Ebene, wobei die Teilnehmer sich möglichst berufs- und institutionsübergreifend zusammensetzen sollten. Ein solcher Fortbildungsansatz bietet den Vorteil, daß die Ziele und Formen der Fortbildung auf die jeweilige Entwicklung in der Region abgestimmt werden können.

Neben dem Fortbildungsbedarf für hauptamtliche Fachkräfte besteht weiterhin die bereits in der Psychiatrie-Enquête betonte Notwendigkeit, *Kontaktpersonen* aus dem Vor- und Umfeld der Psychiatrie zu befähigen, adäquat mit psychisch Kranken und Behinderten umzugehen. Diese Kontaktpersonen müssen außerdem mit den regionalen Hilfsangeboten vertraut gemacht werden. Dies gilt insbesondere für Mitarbeiter solcher Institutionen, die beruflich häufig Kontakt mit psychisch kranken oder behinderten Mitbürgern haben: Polizisten, Feuerwehrleute, Sanitäter, Kindergärtner, Lehrer, Justizangestellte, Vormünder, Pfleger, betriebliche Helfer, Seelsorger etc.

Einen besonderen Informations- und Fortbildungsbedarf sieht die Expertenkommission bei den Sachbearbeitern von Behörden (Arbeitsamt, Sozialamt, Jugendamt, Fürsorgestelle etc.), die im Verwaltungsvollzug oft tiefgreifende Entscheidungen über Leistungen fällen, ohne die Probleme, die mit ihren Entscheidungen für psychisch Kranke und Behinderte verknüpft sein können, immer einschätzen zu können.

Informationen über die regionalen Angebote sowie eine praxis- und problemzentrierte Begleitung und Stützung durch erfahrene ehrenamtliche oder hauptamtliche Kräfte benötigen schließlich *freiwillige Helfer (Laien Helfer)* sowie *Initiatoren von Selbsthilfegruppen*. Von psychiatrischen Schnellkursen und Schulungen für ehrenamtliche Helfer als Initiatoren wird jedoch abgeraten: Sie sind nicht psychiatrische Hilfs- oder Anlernkräfte, sondern bringen ihre eigene Kompetenz als lebenserfahrene Bürger („Experten des Alltags“) und damit eine andere Qualität im Zusammensein mit psychisch Kranken und Behinderten ein. Der Versuch, sie zu „Mini-Psychiatern“ zu schulen, beschneidet ihre Fähigkeit, sich möglichst unbefangen als Freunde und Helfer zu engagieren. Sie sind dann nicht mehr ständiges Korrektiv und unentbehrliche Ergänzung der professionellen Hilfe, sondern billiger Ersatz.

Aufgrund der Erfahrungen der Arbeitsgemeinschaft Fortbildung sollen die im Modellprogramm Psychiatrie bewährten Formen regionaler Fortbildung aufgegriffen werden. Dies gilt gleichermaßen für berufsspezifische wie berufsübergreifende, für institutionsbezogene wie institutionsübergreifende Fortbildung sowohl im professionellen, als auch im paraprofessionellen und nicht-professionellen Bereich.

Aus-, Weiter- und Fortbildung für die einschlägigen Berufsgruppen muß sich mehr als bisher an den Erfordernissen einer gemeindepsychiatrischen Versorgung orientieren und den entsprechenden Lehrstoff in den Bildungsgängen angemessen berücksichtigen.

Die besonderen Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung für die wichtigsten in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen werden im Kapitel E.1 jeweils eingehend erörtert.

Für die Aus- und Weiterbildung der Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie soll eine vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit einzuberufende Arbeitsgruppe gebildet werden, die Vorschläge für die Verbesserung der Ausbildung von Krankenpflegekräften und für die Vereinheitlichung der Weiterbildungsgänge zur Fachkrankenschwester/-pfleger ausarbeiten soll. Dies ist auch deswegen erforderlich, weil die Harmonisierung der Ausbildungsgänge und Prüfungsordnungen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft ansteht.

Bemessung des Personalbedarfs im außerstationären Bereich (Kapitel E.2)

Der Streit um die Ressourcen entzündet sich vor allem an der Personalausstattung, weil diese im ambulanten, aber auch im stationären Bereich über 80 % der Kosten ausmachen. Die Ansichten darüber, wieviele Fachkräfte für die qualifizierte Erbringung bestimmter Leistungen erforderlich sind, gehen weit auseinander. Zwischen Forderungen der Fachwelt und Bewilligungen der Kostenträger bestehen häufig große Kluft.

Die bisherigen Methoden der Personalbemessung haben in der Regel keinen Zusammenhang hergestellt zwischen dem Versorgungsniveau einer Region (in diesem Falle Gebiete zwischen 100 000 und 150 000 Einwohnern) insgesamt und der darin für eine angemessene Versorgung notwendigen Gesamtheit von Fachkräften. Vielmehr geht man in der Regel von der wünschenswerten Ausstattung einzelner Dienste und Einrichtungen aus und verliert sowohl Überlappungen mit anderen Diensten in der Region, als auch nicht ausgefüllte Leistungsfelder leicht aus dem Blick. Die im Anschluß an die Psychiatrie-Enquête von der Firma Heinle, Wischer und Partner erstellte Planungsstudie hatte noch Anhaltswerte (in der Bandbreite zwischen Mindestausstattung und optimaler Ausstattung) für einzelne Dienste und Einrichtungen genannt. Auch der Bericht Nr. 1 der Prognos AG zum Modellprogramm nennt Personalrichtwerte für einzelne Institutionen und Dienste. Derartige Methoden sind nach Ansicht der Expertenkommission allenfalls geeignet für die Personalbemessung beim Aufbau eines einzelnen Dienstes oder einer einzelnen Einrichtung; sie führen nicht zu der dringend notwendigen bedarfsgerechten Verteilung der Fachkräfte für die gesamte Region.

Im Modellprogramm Psychiatrie, das nicht einzelne Angebote, sondern deren Zusammenwirken im Netzwerk der Gemeindepsychiatrie beobachtete, hat sich bestätigt, daß die traditionellen Methoden der Personalbemessung vor allem im ambulant-komplementären Bereich wenig sinnvoll sind. Die Analyse der Dienste im ambulanten Bereich hat ergeben, daß ihr Leistungsspektrum sehr unterschiedlich, ja oft beliebig ist. Es wird daher von der Expertenkommission für den ambulanten Bereich eine auf die zu versorgende

Population bezogene und damit institutionsübergreifende Form der Personalbemessung vorgeschlagen. Die von der Expertenkommission vorgeschlagene dienstübergreifende Feststellung des regionalen Versorgungsbedarfs ist die logische Folge aus der funktionalen Betrachtungsweise.

Die Expertenkommission empfiehlt, im nicht-stationären Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung sollte vom üblichen Verfahren der Personalbedarfsermittlung bezogen auf einzelne Institutionen abzuweichen. Stattdessen soll der Personalbedarf im Hinblick auf die Erfüllung der notwendigen Versorgungsaufgaben regional in seiner Gesamtheit bezogen auf die Bevölkerungszahl ermittelt werden.

Der in dieser Weise von der Expertenkommission exemplarisch anhand von angemessen ausgestatteten regionalisierten Diensten für den städtischen und ländlichen Bereich ermittelte regionale Personalbedarf soll als Richtwert für Planungen gelten.

Für die Aufgaben des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (ambulant-aufsuchender Dienst, Kontakt- und Beratungsstelle, Tagesstätte und psychosozialer Dienst für begleitende Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz) ergeben sich nach dem im Kapitel E.2 vorgeschlagenen Berechnungsverfahren folgende *Personalbedarfsziffern*:

Im städtischen Bereich:

1,56 Fachkräfte auf 10 000 Einwohner

Im ländlichen Bereich:

1,3 Fachkräfte auf 10 000 Einwohner

Bezogen auf eine Versorgungsregion von 150 000 Einwohnern ergibt dies ein Personal-Soll von 23,5 Fachkräften im städtischen und 19,5 Fachkräften im ländlichen Bereich.

Eine angemessene Verteilung der Berufsgruppen sieht wie folgt aus:

	städtisch	ländlich
Ärzte	2	2
Psychologen	1	1
Pflegepersonen	7,5	6,5
Sozialarbeiter/-pädagogen ...	8	6
Ergotherapeuten	4	3
Sonstige Fachkräfte	1	1
zusammen	23,5	19,5

Hinzukommen folgende Fachkräfte:

- für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (einschließlich der Erziehungsberatungsstellen): 0,8 bis 1,2 Fachkräfte auf 10 000 Einwohner
- für die Gerontopsychiatrie: 0,3 Fachkräfte auf 10 000 Einwohner
- für die Versorgung der Abhängigkeitskranken: 0,75 Fachkräfte auf 10 000 Einwohner

Nicht angerechnet sind bei dieser Bedarfsermittlungsmethode die in freier Niederlassung tätigen Gebietsärzte, da der Gemeindepsychiatrische Verbund sowie die regionalen Fachdienste für die speziellen Patientengruppen Leistungen erbringen sollen, die über das Angebotsspektrum der Praxen hinausgehen. Anders könnte sich die Situation darstellen, wenn bei niedergelassenen Nervenärzten in ausreichendem Maße nichtärztliche Berufsgruppen mitarbeiteten, welche auch Leistungen erbringen, die hier dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zugeschrieben sind.

Probleme der Rückführung von Langzeitpatienten aus dem stationären Bereich in die Gemeinde (sog. Enthospitalisierung) (Kapitel E.3)

Seit der Psychiatrie-Enquête besteht die Forderung, alle diejenigen Kranken soweit als möglich in gemeindenahen Betreuungsformen zu entlassen, die der besonderen Behandlungsformen des Krankenhauses nicht mehr bedürfen und in anderer Umgebung angemessener betreut und behandelt werden können. Trotz des erheblichen Schubes zum Bettenabbau in psychiatrischen Krankenhäusern, den diese Enquête-Forderung in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten ausgelöst hat, hat sie dennoch nicht an Aktualität verloren.

Zwar hat sich, um Daten des Landschaftsverbands Rheinland beispielhaft anzuführen, die Gesamtbettenzahl in den Rheinischen Landeskliniken allein in den vergangenen 10 Jahren um ein Drittel (von ca. 11 300 im Jahre 1979 auf 7 500 im Jahre 1988) verringert, doch noch immer sind 35,3 % *aller* Betten durch Langzeitpatienten mit einer Verweildauer von über 2 Jahren und noch 10,3 % *aller* Betten mit Patienten belegt, die länger als 20 Jahre (!) hospitalisiert sind. Bezieht man diese Anteile auf die Bettenzahl in der Erwachsenenpsychiatrie (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, ohne Neurologie und forensische Psychiatrie), so erhöhen sie sich auf 45 % (über 2 Jahre) und 13 % (über 20 Jahre).

Die Enthospitalisierungsbemühungen waren in der Vergangenheit zunächst klinik- und vor allem trägerzentriert – befinden sich doch die Langzeitpatienten ausschließlich in der Kostenträgerschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger. So verwundert es nicht, daß zunächst überwiegend Lösungen für das Problem der großen Langzeitbereiche in Angriff genommen wurden, die dem reformerischen Ziel einer gemeindenahen Psychiatrie, welche gerade auch für chronisch psychisch Kranke Lebensbedingungen schaffen wollte, die so „normal“, so differenziert und anregend wie möglich sein sollten, nicht oder nicht in vollem Umfang entsprachen; „Verschiebung“ in Heime, Einrichtung von Heimbereichen in den Großkrankenhäusern oder schlicht Weiterführung von Langzeit- oder Pflegestationen ohne gesondert ausgewiesenen Pflegeatz.

Diese Erfahrungen machen deutlich, daß die „Enthospitalisierung“ von Langzeitkranken in *gemeindenahen Wohn- und Lebensformen* nur dann erfolgversprechend angegangen werden kann – abgesehen

von den finanziellen Schwierigkeiten –, wenn zunächst eine enge Verbindung zwischen dem psychiatrischen Krankenhaus und den Versorgungsangeboten in den Regionen seines Einzugsbereiches aufgebaut wird. Nur wo die Betreuer der ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen einer Versorgungsregion die zuständigen Kliniken und Stationen regelmäßig aufsuchen und mit dem dort tätigen Personal eng zusammenarbeiten, und umgekehrt das stationäre Personal in die Versorgungsregionen gehen kann, wird sich die Rückführung von Langzeitpatienten in die Gemeinde differenziert und erfolgversprechend planen und in die Tat umsetzen lassen.

Je stärker das Bemühen um einen Bettenabbau in den psychiatrischen Krankenhäusern sich auf die Wiedereingliederung der Langzeitpatienten in eine gemeindenahere Versorgungsform richtet, desto offenkundiger wird ein Strukturproblem, welches in der Finanzierungsform der Versorgung begründet ist.

Denn für alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung eines Langzeitpatienten in einer stationären Landeskrankeinrichtung, einer Anstalt oder einem Heim personenbezogen entstehen, muß – auch noch nach der Aufhebung des Halbierungserlasses – der überörtliche Sozialhilfeträger aufkommen, unabhängig vom Ort, an welchem der Patient versorgt wird. Der örtliche Sozialhilfeträger wird also durch die Unterbringung eines sozialhilfeabhängigen Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einem Heim nachhaltig entlastet, so daß von seiner Seite aus kein finanzielles Interesse daran besteht, psychisch Langzeitkranke gemeindenah in offenen Wohnformen unterzubringen.

Der überörtliche Sozialhilfeträger auf der anderen Seite hat ebenfalls kein oder nur minimales finanzielles Interesse daran, die Langzeitpatienten aus den Kliniken heraus in die Gemeinden zurückzusiedeln, solange damit nicht auch ein Wechsel der Kostenträgerschaft und deshalb Einsparungen auf seiner Seite verbunden sind.

Aufgrund von Daten des Landschaftsverbandes Rheinland läßt sich jedoch eine Kostenrechnung für eine Klinik mit ca. 630 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie aufmachen (vgl. den entsprechenden Abschnitt im Kapitel E.3, wo die detaillierte Berechnung durchgeführt wird), aus der hervorgeht, daß bei einer engen Zusammenarbeit zwischen dem örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger sich Möglichkeiten einer kostenneutralen Bewältigung des Problems bieten.

Denn im Rahmen einer für beide Teile kostenneutralen Lösung wäre daran zu denken, die vom überörtlichen Sozialhilfeträger eingesparten Finanzmittel dem Ausbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung in denjenigen Regionen zur Verfügung zu stellen, in welche die enthospitalisierten Patienten tatsächlich zurückgeführt werden konnten. Dies kann z. B. durch Personalgestellungsverträge zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern und den Trägern der gemeindepsychiatrischen Versorgung geschehen.

Die in Kapitel E.3 angestellten Berechnungen können nur Beispielcharakter haben. Die Möglichkeiten einer gemeinsamen Bewältigung von Reformaufgaben in

der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hinsichtlich der Enthospitalisierung Langzeitkranker zwischen überörtlichem und örtlichem Sozialhilfeträger sind sicherlich jeweils im konkreten Falle unter Berücksichtigung der jeweiligen örtlichen, regionalen und länderspezifischen Verhältnisse im einzelnen abzuklären. Gleichwohl zeigen die beispielhaft angestellten Berechnungen nach Auffassung der Expertenkommission, daß sich bei einiger Flexibilität auch unter den gegenwärtigen Bedingungen knapper Sozialhilfekassen durchaus kostenneutrale Möglichkeiten zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter, zur Enthospitalisierung Langzeitkranker und damit zum konsequenten Bettenabbau in den großen Psychiatrischen Krankenhäusern eröffnen.

Legislative Änderungsempfehlungen (Kapitel E.4)

Die von der Expertenkommission vorgelegten Empfehlungen zu legislativen Änderungen sind als Vorschläge zur *Präzisierung* der gesetzlich fixierten Leistungsdefinitionen auf der Grundlage der bestehenden prinzipiellen rechtlichen Gleichstellung aller Kranken- und Behindertengruppen zu verstehen. Nur so kann nach Auffassung der Expertenkommission eine eindeutige Grundlage auch für alle Ausführungs- und Durchführungsverordnungen und -anweisungen geschaffen werden, die es ermöglicht, die besonderen Erfordernisse der psychisch Kranken und Behinderten in der Umsetzung der Vorschriften besser zur Geltung zu bringen.

Die Expertenkommission hat sich auf Vorschläge zur Änderung von bestehenden bzw. derzeit in der Novellierung bestehenden Leistungsgesetzen beschränkt. Sie ist insbesondere nicht auf die weit über die Gruppe der psychisch Kranken hinausgreifenden Problembereiche der Absicherung des Pflegerisikos und der Neuordnung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts eingegangen, die derzeit in der politischen und legislativen Diskussion stehen und für die ein dringender Regelungsbedarf besteht; auch die zunehmend in die öffentliche Diskussion gebrachten Überlegungen zur Einführung einer finanziellen Grundsicherung sind von der Expertenkommission nicht eigens behandelt worden. Die vorliegenden Empfehlungen beschränken sich vielmehr auf das Gesundheits-Reformgesetz, das Bundessozialhilfegesetz und das Arbeitsförderungsgesetz, da hier nach Meinung der Expertenkommission der dringendste Handlungsbedarf besteht.

Bezogen auf das *Gesundheits-Reformgesetz* ist die Expertenkommission von der Notwendigkeit überzeugt, daß der Bedarf der psychisch Kranken an persönlichen Dienstleistungen durch die gesonderte gesetzliche Erwähnung von „therapeutischen Dienstleistungen“ neben dem bisher auch sie umfassenden Begriff der „Heil- und Hilfsmittel“ in der leistungsrechtlichen Umsetzung besser zur Geltung gebracht werden kann.

Denn die Erfahrung hat gezeigt, daß die in der Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane liegende Ausgestaltung der besonderen Formen von „Heil-

und Hilfsmitteln“, derer psychisch Kranke und Behinderte bedürfen, in der Vergangenheit stark vernachlässigt worden ist. Insbesondere sind die besonderen Erfordernisse der *psychiatrischen Pflege* und der *ergotherapeutischen* (beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen) *Leistungen* für psychisch Kranke und Behinderte bislang nirgends verbindlich geregelt. Dies hat zur Folge, daß gesetzliche Leistungsansprüche für psychisch Kranke und Behinderte in praxi häufig nicht durchgesetzt werden können, weil eine restriktive Gesetzesauslegung seitens der Kostenträger auf dem Verhandlungswege nur schwer zu korrigieren ist.

Die Expertenkommission schlägt daher vor, die „therapeutischen Dienstleistungen“ von vornherein als von den Heil- und Hilfsmitteln gesonderte Regelleistungen zu definieren und ihre Formen ausdrücklich aufzuzählen, auf die grundsätzlich – sowohl bei ambulanter wie bei stationärer Krankenbehandlung – ein Leistungsanspruch besteht. Ihre konkrete Ausgestaltung insbesondere für psychisch Kranke soll in die Richtlinienverantwortung der Bundesausschüsse gelegt werden; ein entsprechender Formulierungsvorschlag für solche Richtlinien ist von der Expertenkommission ebenfalls erarbeitet worden. Darüber hinaus soll die ambulante Erbringung solcher therapeutischer Dienstleistungen durch Einrichtungen so geregelt werden, daß der Aufbau von Einrichtungen mit Verbundcharakter erleichtert bzw. nahegelegt wird.

Zur Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege und der Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit für psychisch Kranke und Behinderte wäre es vor diesem Hintergrund ausreichend, in die entsprechenden §§ 36 und 54 den Verweis auf die solchermäßen umschriebenen „therapeutischen Dienstleistungen“ aufzunehmen.

Desweiteren ist die Expertenkommission der Auffassung, daß die Berechtigung, Institutsambulanzen einzurichten, auch allen denjenigen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zustehen muß, die sich auf die Übernahme der Versorgungsverpflichtung eines umschriebenen Einzugsgebietes vertraglich festgelegt haben. Hier macht die Expertenkommission keinen eigenen Formulierungsvorschlag, sondern unterstützt die diesbezüglich im Bundesrat eingebrachten Änderungsanträge der Länder.

Die von der Expertenkommission zum *Bundessozialhilfegesetz* vorgelegten Änderungsempfehlungen beziehen sich in der Hauptsache auf die Frage der Bemessung der Hilfe zum Lebensunterhalt angesichts der besonderen Bedarfslage psychisch Kranker und Behinderter (Bemessung des Barbetrages in § 21 und Anerkennung eines Mehrbedarfs in § 23) und auf die Bestimmungen zur Beteiligungspflicht an den Aufwendungen des Sozialhilfeträgers durch den Hilfeempfänger bzw. dessen Unterhaltspflichtige im Rahmen des zur Verfügung stehenden eigenen Einkommens und Vermögens, welche im Grundsatz in § 2 fixiert und in den entsprechenden Abschnitten des Gesetzes (§§ 76 ff.) im einzelnen geregelt sind. Denn alle Leistungen der Sozialhilfe sind dem Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe unterworfen. Das be-

deutet, daß für alle Leistungen — wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß — das eigene Einkommen und das Vermögen des Sozialhilfeempfängers und die Unterhalts- und Leistungsverpflichtungen anderer, seien es Angehörige oder Träger anderer Sozialleistungen, gegen die von der Sozialhilfe gewährten Leistungen verrechnet, im Sprachgebrauch des Gesetzes „eingesetzt“ oder „herangezogen“ werden müssen. In diesem Bereich empfiehlt die Expertenkommission legislative Maßnahmen (Einfügung eines § 86, Änderungen in den §§ 88 und 91), durch die notwendige Erleichterungen auf dem Weg zur Unabhängigkeit auch für psychisch Kranker und Behinderte ermöglicht werden, damit die medizinische Tatsache psychischer Krankheit nicht weiterhin mit einer unzumutbaren zusätzlichen finanziellen Dauerbelastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen verbunden bleibt, aus deren Kostenmechanik es kein Entrinnen gibt. Schließlich gibt die Expertenkommission eine Änderungsempfehlung zur Zuständigkeitsaufteilung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger ab (§ 96). Die bestehenden exklusiven Zuständigkeitsregelungen wirken sich in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter deutlich nachteilig aus, da die in diesem Bereich besonders gebotene Durchlässigkeit der verschiedenen Versorgungsformen gegeneinander und die entsprechende Betreuungskontinuität während des Krankheits- und Rehabilitationsverlaufs zusätzlich und unnötig erschwert und in der Praxis oft unmöglich gemacht wird. Dies verhindert nicht nur den flexiblen Aufbau eines angemessenen und gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems, es wirkt sich darüber hinaus auch für die Betroffenen nachteilig auf die Chancen ihrer Behandlung und Rehabilitation aus.

Zum *Arbeitsförderungsgesetz* empfiehlt die Expertenkommission nur eine Änderung. Sie bezieht sich auf die für psychisch Kranke und Behinderte besonders nachteilige Bemessung des Übergangsgeldes, welches für Behinderte bei Teilnahme an einer Maßnahme der berufsfördernden Leistung zur Rehabilitation gewährt wird, wenn deswegen keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann.

Die Anspruchsvoraussetzungen nach § 59 AFG sind so gehalten, daß psychisch Kranke und Behinderte mit einer längeren Krankheitskarriere oder nach einem längeren Krankenhausaufenthalt sie nicht erfüllen können. Dies trifft insbesondere solche Rehabilitanden, die zwar eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen, ihren erlernten Beruf aber infolge einer psychischen Krankheit oder Behinderung nicht mehr ausüben können. Die Expertenkommission empfiehlt daher, eine Regelung zu schaffen, die die hier in Betracht kommende Personengruppe psychisch kranker Rehabilitanden wenigstens in den Stand versetzt, für die Dauer der berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Sozialhilfe zu bestreiten. Damit es hier nicht zu unangemessen und unrealistisch hohen Zahlungen kommt, soll sich das Übergangsgeld in diesen Fällen entsprechend den Berechnungsgrundlagen der Berufsausbildungsbeihilfe nach § 40 AFG zusammensetzen.

F. Zur Umsetzung der Empfehlungen

1. Schritte zur Verwirklichung

Die Gesamtheit der von der Expertenkommission abgegebenen Empfehlungen läßt sich angesichts einer realistischen Beurteilung der gegenwärtig bestehenden Verhältnisse weder gleichzeitig, noch in der Regel kurzfristig umsetzen. Die Vielzahl und Mannigfaltigkeit der mit den Empfehlungen gegebenen Anregungen, Vorstellungen und Forderungen machen Überlegungen mit dem Ziel erforderlich, den erwünschten Entwicklungsprozeß auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter sinnvoll abzustufen.

1.1

Auch der Tatsache entsprechend, daß das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung seinen Schwerpunkt auf den Versorgungsbereich außerhalb stationärer Krankenhauseinrichtungen gelegt hat, empfiehlt die Expertenkommission mit dem Aus- und Aufbau des *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* (s. Kapitel C.5) zu beginnen.

Mit dem Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes betritt die Expertenkommission teilweise Neuland. Sie vertritt die Ansicht, daß der Gemeindepsychiatrische Verbund ein geeignetes Instrument darstellt, mit dem insbesondere die bislang vernachlässigte Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter im ambulanten Sektor quantitativ und qualitativ deutlich angehoben werden kann.

1.2

In engem Zusammenhang hiermit steht das Bemühen um die Verbesserung der Situation einer Anzahl von Langzeitpatienten in psychiatrischen Krankenhäusern, deren Rückführung in die Gemeinde möglich und wünschenswert ist (s. Kapitel E.3). Diese sogenannte „*Enthospitalisierung*“ muß als weiterer wichtiger Schritt auf dem Wege zu einer Gemeindepsychiatrie angesehen werden. Derartige verstärkt anzupackende therapeutisch indizierte und sorgfältig vorbereitete Enthospitalisierungsvorgänge können auch durch das Vorhandensein eines gut funktionierenden Gemeindepsychiatrischen Verbundes wesentlich erleichtert werden.

1.3

Zwingend ist ferner der weitere Aufbau *beschützter Wohnangebote* jeglicher Art für chronisch psychisch Kranke und Behinderte einschließlich der entsprechenden Gruppe der Abhängigkeitskranken voranzutreiben. Dies auch deswegen, weil durch die vermehrte Rückführung von Langzeitpatienten aus psychiatrischen Krankenhäusern in die Gemeinden ein zusätzlicher Bedarf entstehen kann.

1.4

Die Expertenkommission fordert, wie das auch schon die Psychiatrie-Enquête getan hat, prinzipiell eine weitere *Verkleinerung psychiatrischer Krankenhäuser*. Darüber hinaus vertritt die Expertenkommission das Ziel, langfristig die großen, gemeindefern gelegenen psychiatrischen Krankenhäuser in eine auch klinisch-stationär gemeindeintegrierte Versorgungsform umzuwandeln. Hierzu können bereits sachgerecht durchgeführte Enthospitalisierungspraktiken einen Beitrag leisten. Einer solchen Forderung kann allerdings durch vermehrten *Aufbau psychiatrischer Abteilungen* an Allgemeinkrankenhäusern, auch über den Weg der Bildung von Außenstellen psychiatrischer Krankenhäuser wirkungsvoller entgegengekommen werden, jedoch unter der Voraussetzung, daß diese psychiatrischen Abteilungen sich verpflichten, für eine durch kommunale Grenzen definierte Region die Versorgung zu übernehmen (s. Kapitel C.4.g). Entsprechende Maßnahmen werden im Rahmen der Krankenhausplanung in den Angriff zu nehmen sein. Eine derartige Entwicklung würde auch dem von der Expertenkommission vertretenen Grundsatz Geltung verschaffen können, daß die Psychiatrie enger an die Allgemeinmedizin anzubinden sei.

1.5

Es ist unstrittig, daß die Entwicklung des Gebietes *Kinder- und Jugendpsychiatrie* als unbefriedigend angesehen werden muß. Vor allem ist die Anzahl der entsprechend niedergelassenen Gebietsärzte nach wie vor viel zu gering (s. Kapitel D.1).

Um ein ganzes medizinisches Gebiet entsprechend der Empfehlungen anhaltend zu fördern, bedarf es einer deutlichen gesundheitspolitischen Akzentsetzung und erheblicher langfristiger Anstrengungen, mit denen jedoch alsbald begonnen werden soll.

1.6

Ein gleiches gilt für die *Gerontopsychiatrie*. Die Psychiatrie des höheren Lebensalters wird zweifellos in naher Zukunft infolge einer besorgniserregenden Entwicklung der Alterspyramide unserer Bevölkerung durchschlagend an Bedeutung gewinnen. Dies zudem auch deswegen, weil die Gruppe der Höchstaltrigen, welche mit einer Reihe hoher Morbiditätsrisiken belastet ist, deutlich zunehmen wird.

Mit den ersten Schritten der Realisierung von Empfehlungen der Expertenkommission sollte daher auch die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker alter Menschen in Angriff genommen werden. Hierbei ist der sukzessive Aufbau Gerontopsychiatrischer Zentren (gerontopsychiatrische Tagesklinik, ambulanter Dienst, Altenberatung) gegebenenfalls beim Aufbau des Gemeindepсихiatrischen Verbundes mit in Betracht zu ziehen.

2. Rahmenbedingungen

Die schrittweise Realisierung der Empfehlungen der Expertenkommission ist an Rahmenbedingungen zu knüpfen, auf deren Hintergrund allein die angestrebte Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erreichbar erscheint.

2.1

Die Expertenkommission sieht als wesentliche Rahmenbedingung für die Verwirklichung der von ihr niedergelegten Empfehlungen die schon seit langem anstehende Durchsetzung des Prinzips der sogenannten *Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken* an. Bereits die Psychiatrie-Enquête hatte hierauf mit Nachdruck hingewiesen (Psychiatrie-Enquête, S. 408). Unter dem sogenannten Gleichstellungsprinzip ist folgendes zu verstehen:

- leistungsrechtliche Anpassung des Systems der sozialen Sicherheit an die besonderen Belange insbesondere chronisch psychisch Kranker,
- präzisierende Formulierung entsprechender Vorschriften,
- verstärkte Bereitschaft der Leistungsträger zur flexiblen Anwendung und Interpretation einschlägiger Bestimmungen zugunsten der genannten Personengruppe.

Eine Reihe von Fakten lassen es nach wie vor begründet erscheinen, von einer *gravierenden Benachteiligung psychisch Kranker* in der auf den somatisch Kranken ausgerichteten Systematik des Sozialleistungssystems zu sprechen. Erst dann, wenn derartige Benachteiligungen nachhaltig beseitigt werden, kann die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durchgreifend und langfristig gelingen.

2.2

Zu den alle Bereiche der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter betreffenden Rahmenbedingungen gehört auch der Erwerb einer *psychiatrisch/psychotherapeutischen Basiskompetenz* durch alle professionellen Helfer (s. Kapitel E.1). Der Erwerb einer solchen Kompetenz ist erforderlich, weil der Umgang mit kommunikationsgestörten und häufig sozial desintegrierten psychisch Kranken und Behinderten den therapeutischen Fachkräften spezifische Fertigkeiten abverlangt. Ihre Entwicklung und Ausformung geschieht über praktische Erfahrung in Verbindung mit Weiterbildungsgängen und Fortbildungsangeboten.

2.3

Ein regional organisiertes Versorgungssystem für psychisch Kranke und Behinderte kann nur in bedarfsgerechte Funktion gebracht werden, wenn grundsätzlich alle an dieser Versorgung Beteiligten zur Zusam-

menarbeit miteinander bereit sind und diese den Sacherfordernissen gemäß praktizieren. Ein solches *Kooperationsgebot* betrifft sämtliche Berufsgruppen, Institutionen und Träger, die mit der Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in einer Versorgungsregion oder regionenübergreifend befaßt sind. Es muß als Rahmenbedingung für die Fortentwicklung und Optimierung insbesondere der außerstationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gelten.

Hiermit in engem Zusammenhang steht die gleichermaßen wichtige *Koordination* der Versorgungsfunktionen, deren Gewährleistung dem Koordinator und Beirat in der jeweiligen Versorgungsregion übertragen werden soll (s. Kapitel C.7).

3. Weiterführende Überlegungen

3.1

Zwischen dem Beginn der Arbeiten an der Psychiatrie-Enquête und dem Abschluß des Modellprogramms Psychiatrie durch die hier vorgelegten Empfehlungen der Expertenkommission sind ca. 18 Jahre vergangen. In dieser Zeitspanne ist es einerseits zu beträchtlichen Investitionen der öffentlichen Hände, andererseits zu mannigfaltigen, bei der föderalistischen Struktur der Bundesrepublik Deutschland auch unterschiedlichen Entwicklungen im Gesamtfeld der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gekommen. Zweifellos hat die Psychiatrie-Enquête hierbei, was ihre grundsätzlichen Forderungen angeht, vereinheitlichende Anstöße gegeben. Ebenso — das ist zu hoffen — werden die Empfehlungen aus dem Modellprogramm Psychiatrie in dieser Richtung wirksam werden. Dennoch bleibt angesichts der faktischen Vielzahl von Umsetzungs- und Lösungsversuchen auf dem Gebiet der Ausgestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung über viele Jahre hinweg besonders im kommunalen Bereich, auch angesichts der Tatsache, daß trotz aller Anstrengungen das qualitative Versorgungsniveau in einzelnen Teilen des Bundesgebiets noch als durchaus heterogen zu bezeichnen ist, für die Zukunft ein deutlicher Klärungsbedarf bezüglich einer den Belangen der psychisch Kranken und Behinderten angemessenen Weiterentwicklung des Reformprozesses.

Es scheint daher an der Zeit, eine Institution ins Leben zu rufen, die in der Lage ist, sich über das Erreichte

und noch zu Erreichende langfristig ins Bild zu setzen sowie auf diesem Hintergrund ihren Beitrag zur fortlaufenden Verbesserung der Situation psychisch Kranker und Behinderter zu leisten.

Die Expertenkommission denkt hierbei — eine Anregung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde aufgreifend — an die Gründung einer *Psychiatrie-Stiftung für das Bundesgebiet*. Zweckbestimmung einer solchen Stiftung könnte unter anderem sein:

- Informationsgewinnung über die Elemente psychiatrisch/psychotherapeutischer Versorgung
- Förderung von Projekten, soweit sie Versorgungsforschung unter dem Gesichtspunkt der Weiterentwicklung von Versorgungsformen betreffen und in Zusammenhang mit den grundsätzlichen Forderungen der Psychiatrie-Enquête und den Ergebnissen des Modellprogramms Psychiatrie stehen
- Öffentlichkeits- und Informationsarbeit über die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Es wäre wünschenswert, wenn sich der Bund und die elf Bundesländer neben anderen an der Psychiatrie-Stiftung finanziell beteiligen würden. Hierdurch könnte den Ländern diesen die Berücksichtigung eigener Interessen angemessen gesichert werden.

3.2

Der im Anschluß an die Psychiatrie-Enquête 1976 vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit ins Leben gerufene Modellverbund „Ambulante, psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ hat, wie in Kapitel A.2 ausführlich dargelegt, über die Jahre hinweg wesentliche Beiträge zur Erprobung außerstationärer Versorgungsformen erbracht. Die von der üblichen Projektförderung wohlthuend abweichende Flexibilität und vereinfachte Handhabung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens hat der Sache gedient und sich bewährt.

Die Expertenkommission empfiehlt dringend, den Modellverbund zu erhalten und finanziell zureichend auszustatten.

