Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission

Tagungsbericht

Herausgegeben von C. Kulenkampff
U. Hoffmann
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 16

1990
Rheinland-Verlag GmbH · Köln
in Kommission bei
Dr. Rudolf Habelt GmbH · Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

2. unveränderte Auflage 1992

© Rheinland-Verlag GmbH · Köln 1992

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH
Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2
Alle Rechte vorbehalten
Redaktion: Dr. Ulrich Hoffmann
Gestaltung: Norbert Radtke
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch · Köln
Gesamtherstellung: ICS Communikations-Service GmbH,
Bergisch Gladbach
ISBN 3-7927-0952-X

Inhalt

– Vorwort 7

Themenbereich I: Das Verbundkonzept der Expertenkommission und die Wirklichkeit bereits bestehender Formen gemeindepsychiatrischer Kooperation 9

– *C. Kulenkampff*
Aufbau und Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbundes . . . 11

– *H. Lorenzen und R. Hölzke*
Treffpunkt Eilbek, Tagesstätte und Wohnhaus Jüthornstraße
in der Region Hamburg-Eilbek 18

– *H. Bertling*
Die Vernetzung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung
in Duisburg und das Kontaktzentrum „Regenbogen" 27

– *B. Voges*
Die Abteilung Gemeindepsychiatrie am Zentralinstitut für
seelische Gesundheit in Mannheim und die Kooperation
mit den Gesundheitseinrichtungen in der Stadt 42

– Diskussion zu Themenbereich I. 55

Themenbereich II: Kommune und Gemeindepsychiatrischer Verbund 69

– *R. Kukla*
Möglichkeiten der Planung und Steuerung beim Aufbau einer
gemeindepsychiatrischen Versorgung: Überregionale Anstöße und
kommunale Verwirklichung. 71

– *K. Gabriel*
Entstehung und Aufgaben der „Arbeitsgemeinschaft für die
Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen
in Essen" 80

– *St. Karolus*
Die Möglichkeiten kommunaler Einflußnahme im Spannungsfeld
zwischen staatlichen Gesundheitsämtern und freigemeinnützigen
Sozialpsychiatrischen Diensten am Beispiel eines
Baden-Württembergischen Landkreises 88

– Diskussion zu Themenbereich II 98

Themenbereich III: Leistungen, Trägerschaft und Finanzierungsformen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes 113

– *J. Wäcken*
Konkrete Erfahrungen mit trägerübergreifenden Sozialstationen in Hamburg: Planung, Organisation, Finanzierung 115

– *K. D. Voß*
Bündelung von Funktionen und Sozialleistungen versus gegliederte leistungsrechtliche Zuständigkeit: Ist ein Gemeindepsychiatrischer Verbund finanzierbar? 119

– *M. Bauer und H. Berger*
Kooperationsbeziehungen und Finanzierungsformen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Offenbach 139

– Diskussion zu Themenbereich III 154

Schluß-Resolution 170

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer 172

Vorwort

Die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich sind in der Fachwelt als Schlußstein des Modellprogramms Psychiatrie mit großem Interesse aufgenommen worden. Innerhalb der zuständigen Landesministerien, der Verbände, der Kommunen und der Fachöffentlichkeit ist eine engagierte Diskussion in Gang gekommen.

Im Mittelpunkt dieser Diskussion stand von Anfang an der „Gemeindepsychiatrische Verbund". Denn in ihm bündeln sich gleichsam die Hauptlinien der von der Expertenkommission vertretenen Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform:

– die funktionale Beschreibung der Versorgungsaufgaben vor allem für chronisch psychisch Kranke und Behinderte und damit die Abkehr von starrer institutioneller Schematik,
– die Betonung der politischen Verantwortung der Landkreise und der kreisfreien Städte für die Versorgung im außerstationären Bereich,
– die überragende Bedeutung von Zusammenarbeit in der konkreten Versorgung und Versorgungsplanung auf örtlicher Ebene.

Daneben werden an diesem Brennpunkt der Expertenempfehlungen auch die Probleme auf anschauliche Weise deutlich, welche in der Finanzierung der für psychisch Kranke und Behinderte notwendigen Leistungen und Einrichtungen innerhalb unseres Sozialsystems entstehen sowie die Schwierigkeiten, mit denen alle Anstrengungen konkreter Planung und Steuerung der Entwicklung angesichts der Vielfalt der Einrichtungen, Träger und Zuständigkeiten belastet sind.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE, die auch die Geschäfte der Expertenkommission geführt hat, hat mit ihrer Tagung zu diesem Thema im Juni 1989 der Diskussion über die Empfehlungen der Expertenkommission zum erstenmal ein breites öffentliches Forum geschaffen. Das Thema dieser Tagung stand unter dem Motto der hoffnungsvollen Frage Friedrich Hölderlins: „Leben die Bücher bald?" (*An die Deutschen*), um mit diesem Zitat auch der Hoffnung der Veranstalter auf eine möglichst breite und lebendige Umsetzung der Vorschläge des Empfehlungsbandes Ausdruck zu verleihen.

Als Ergebnis liegen nun in diesem Tagungsbericht die aus verschiedenster Sicht gegebenen Beiträge zur Problematik des Gemeindepsychiatrischen Verbundes gesammelt vor. Bei aller Kritik an einzelnen Punkten zeichnet sich eine breite Zustimmung zur Gesamttendenz der Kommissions-Empfeh-

lungen ab, namentlich zu ihrer sehr flexibel gehaltenen und sehr an den lokalen Bedingungen und Möglichkeiten der kommunalen Gebietskörperschaften orientierten Versorgungsstrategie.

Entsprechend dieser Konzentration auf die konkrete Versorgungsproblematik in den Kreisen und kreisfreien Gemeinden waren zu dieser Tagung die auf kommunaler Ebene für die Versorgung psychisch Kranker Verantwortlichen in besonderer Weise eingeladen worden und auch in erfreulicher Zahl anwesend. Es ist zu hoffen, daß durch die Referate und die lebhaften Diskussionen auf dieser Tagung und durch ihre Veröffentlichung die hier begonnene Diskussion bundesweit auf der örtlichen Ebene angestoßen und fortgeführt werden kann. Auf diese Weise kann der vorliegende Tagungsbericht einen Beitrag zur Umsetzung der Expertenempfehlungen in der konkreten Versorgungsarbeit und -planung vor Ort leisten.

Bonn, November 1989 Die Herausgeber

I. Das Verbundkonzept der Expertenkommission und die Wirklichkeit bereits bestehender Formen gemeindepsychiatrischer Kooperation

Aufbau und Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

C. Kulenkampff

Nach wie vor erscheint die Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik außerordentlich bunt und vielgestaltig. Dabei bedient sich die Bewertung der jeweiligen anzutreffenden Entwicklungsstadien unterschiedlicher Kriterien. Man bemißt etwa das Defizit an vorausgesetzten Katalogen von Einrichtungstypen, die zur Standardausrüstung einer Versorgungsregion gehören sollen. Oder man vergleicht einfach das Vorgefundene mit den eigenen Vorstellungen von Versorgung, seien sie nun aus der praktischen Erfahrung, aus theoretischer Überlegung oder aus beidem entstanden. Derlei Bewertungen mögen allenthalben ihre Berechtigung haben, geraten freilich leicht in falsches Fahrwasser, wenn sie zu starr, zu ausschließlich an institutionellen Vorgaben festgemacht werden. Denn auf diese Weise läßt sich die große Variabilität der örtlichen Verhältnisse, auch im übrigen die Phantasie der Aufgabenerfüller nicht erfassen. Es ist daher besser und aussagekräftiger, die Bewertung von Versorgungszuständen nach *funktionalen* Gesichtspunkten vorzunehmen, also an der Frage auszurichten: Welche patientenbezogenen Erfordernisse werden mit welchen Mitteln und in welchem Umfang befriedigt?

Die Expertenkommission hat sich dieser Art des Fragens nach Kräften zu befleißigen versucht. Hierbei ist sie natürlich alsbald sehr nachdrücklich auf den Sachverhalt gestoßen, daß wir über betreuende, behandelnde und rehabilitative Mittel für die Gruppe chronisch psychisch Kranker nur sehr unzureichend verfügen. Wahrscheinlich hat die sehr anhaltende Beschäftigung mit der Akutpsychiatrie, mit einer Psychiatrie, welche den ganz überwiegenden Anteil stationär aufgenommener Patienten nach spätestens drei Monaten wieder entläßt – zusammen mit der Tatsache, daß die Hauptmasse psychisch Kranker sowieso von der niedergelassenen Ärzteschaft sozusagen bewältigt wird – zu einer Vernachlässigung eben jener spezifischen Gruppe langfristig psychisch gestörter Menschen geführt. Ja es scheint, daß der gängigen Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die mit dem Einfachen und dem Erfolgversprechenden zu beginnen pflegt, die Gefahr einer derartigen Vernachlässigung der schwierigen, unbequemen, sich der Besserung oftmals widersetzenden, mühsamen Kranken innewohnt.

Um dieser Gefahr zu entgehen, hat die Expertenkommission grundsätzlich und primär das Schwergewicht ihrer Empfehlungen auf die Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter gelegt. Sie beschreitet so bewußt entgegen dem Üblichen den Weg vom Speziellen zum Generellen mit der erfahrungsgestützten Argumentation, daß auf chronisch psychisch Kranke zugeschnittene Versorgungsstrukturen auch von der Mehrzahl

anderer, weniger gravierend betroffener Patientengruppen sinnvoll mitgenutzt werden können. Dieser Zusammenhang bleibt eingleisig: Der Satz läßt sich nicht umkehren.

Vergegenwärtigt man sich nun den Versorgungsbedarf jener Gruppe chronisch psychisch Kranker, von der hier die Rede ist, so müssen Funktionen deutlich gemacht werden, die als Mittel geeignet sind, diesen Bedarf angemessen abzudecken. Zwangsläufig gerät man in die Nähe des Vorschlages, mit welchem die Expertenkommission einer Reihe von Versorgungsleistungen funktional miteinander verknüpft hat. Als erstes, vielleicht sogar wichtigstes Element ist die Vorstellung von der Notwendigkeit eines *„aufsuchend-ambulanten Dienstes"* schon alt. Bereits die Psychiatrie-Enquête forderte einen solchen – allerdings noch unter der Kapitelüberschrift: „Ambulante Dienste an Psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen". Die Begründung hierfür hat sich über die Jahre nicht geändert: Insbesondere chronisch psychisch Kranke neigen dazu, sich kommunikativ abzukoppeln und so auch der meist notwendigen ärztlichen Behandlung zu entziehen. In noch unerschlossenen Regionen müssen sie dem Wortsinne nach tatsächlich gesucht, aufgesucht und das heißt überhaupt erst gefunden werden, um über die Kontaktaufnahme, die Klärung der sozialen Situation aktivierend und motivierend erforderliche therapeutische Angebote vermitteln zu können. Den Einrichtungen gut entwickelter, übersichtlicher Versorgungsregionen mit einer Einwohnerzahl von etwa 150 000 sind die in ihrer Gemeinde lebenden chronisch psychisch Kranken schließlich allesamt bekannt. Hier wachsen dem ambulanten Dienst dann zusätzlich intervenierende und nachgehende Funktionen zu.

Ein zweites Element im außerstationären Versorgungsspektrum für chronisch psychisch Kranke ist das, was die Expertenkommission terminologisch unter der durchaus vorläufigen Bezeichnung *„Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion"* zusammengefaßt hat. Dererlei wird man allerdings in der Psychiatrie-Enquête vergeblich suchen; über den Patientenclub, der „ambulanten und aus stationärer Behandlung entlassenen Kranken, ihren Angehörige und Freunden mit anderen Bürgern die Möglichkeit zu Kontakten und gemeinsamen Veranstaltungen überwiegend geselligen Charakters bietet" und damit zu kommunikativer Stärkung, Aktivierung und Stützung der Besucher dienen soll, geht sie nicht hinaus. Es mag vielleicht kein Zufall sein, daß nur einige Jahre später bereits ab 1980 im Modellverbund eine Reihe von Hilfsangeboten erprobt worden sind, die durchaus dem Typus „Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion" zu subsumieren sind. Und ziemlich gleichzeitig waren es immerhin 10 Projekte dieser Art, welche von den Bundesländern für das Modellprogramm angemeldet und in die Förderung aufgenommen wurden. Allzu deutlich war es nämlich geworden, daß zwischen ambulanter Versorgung einerseits und stationärem klinischen Behandlungsangebot andererseits eine Lücke besteht. Vor allem für chronisch psychisch Kranke erwies sich die Hospitalisierung vermeidbar, wenn die Betreuung durch ambulante Dienste und tagesstrukturierende Angebote

ergänzt wird, die – wie es im veröffentlichten diesbezüglichen Projektbericht des Modellverbundes heißt – zur Stabilisierung der Betroffenen beitragen und ihnen helfen, eine weitgehend selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten. Lebenspraktische Maßnahmen hätten überdies gute Erfolgsaussichten, wenn für die Kranken ein Schutz gewährender 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 Möglichkeiten gewinnen können. Zunehmend intensiver werdende Erfahrungen dieser Art führten allmählich zu einer Professionalisierung der hier gemeinten Hilfsangebote und zu sehr unterschiedlichen konzeptuellen und institutionellen Ausformungen.

Es ist daher nicht ganz einfach, aus der Vielfalt des gegenwärtig Vorhandenen gleichsam das Grundmuster zu destillieren, von dem her die Expertenkommission ihre Vorstellung über Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion bezogen und entwickelt hat. Zieht man die Gemeinsamkeit zusammen und berücksichtigt Varianten, die der Expertenkommission wichtig erschienen, so schält sich ein Typus heraus, der als ambulanter offener Dienst zu charakterisieren ist, über eine bewußt niedrig gehaltene Zugangsschwelle verfügt und dessen Arbeit auf die Zielgruppe chronisch psychisch Kranker und Behinderter in der von ihm zu versorgenden Region ausgerichtet ist. Der Aufgabenkatalog umfaßt Beratung, Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung – also sogenanntes lebenspraktisches Training –, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen und Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen. Die meisten dieser Aufgaben werden auch heute schon in den Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion über Einzelbetreuung und eine bunte Vielzahl von offenen oder geschlossenen Gruppenaktivitäten umgesetzt. Fast überall wird dafür gesorgt, daß den Besuchern variabel Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Nur in einigen wenigen Fällen allerdings, keineswegs überall, wird Arbeit etwa in Form von Werkstattproduktion oder von Zubrotfirma-ähnlichen Aktivitäten angeboten.

Gegenüber der schon erwähnten, faktisch sehr ausgeprägten Varianzbreite in konzeptueller und institutioneller Hinsicht – ein Zeichen dafür, daß sich dieses Versorgungsfeld noch im Zustand der Gärung befindet – strebt die Expertenkommission eine Straffung und Systematisierung der Aufgabenstruktur an. Das betrifft vor allem die Empfehlung, den Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion regelmäßig eine ambulant zu nutzende Arbeits- und Beschäftigungstherapie anzufügen. Besonders hierin akzentuiert sich die Vorstellung der Expertenkommission, daß Einrichtungen dieser Art nicht nur als pure Treffpunkte sozusagen Gelegenheit bieten sollen, billig Kaffee zu trinken und sich mit anderen Besuchern gemütlich zu unterhalten. Das alles mag durchaus seinen Stellenwert haben – aber darüber hinaus sollen diesen Einrichtungen dezidiert therapeutische Funktionen zugeschrieben werden. Es bedarf hier keines besonderen Hinweises, daß Tagesstrukturie-

rung und lebenspraktisches Training systematisch am besten im Rahmen arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Maßnahmen praktiziert werden können. Hierbei wird es nicht nur um das Erlernen und Wiedererlernen alltäglich notwendiger Verrichtungen, sondern auch um das Einüben von Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit, Verläßlichkeit bis hin zur Erprobung jeweils individueller Belastbarkeit gehen.

Der mit einem solchen Ausbau verbundene strukturelle Eingriff zieht die Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion in wichtigen Bereichen eindeutig auf die Behandlungsseite, selbst wenn das dem einen oder anderen Betreiber gegen den Strich gehen sollte. Denn natürlich ist Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, gleichgültig, ob sie nun im Krankenhaus, in der Praxis der niedergelassenen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten oder ambulant in der Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion dem Kranken zuteil wird, ärztlich verordnete Behandlung. Ärztlich verordnete Behandlung wird aber grundsätzlich von den Krankenkassen bezahlt, wobei gerade im Hinblick auf die Erfordernisse chronisch psychisch Kranker bei den zukünftigen Modalitäten der Verordnung der Teufel durchaus im Detail stecken kann. Geht man also von einer Entwicklung aus, wie sie der Expertenkommission vorschwebt, wird die Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion leistungsrechtlich auf einem Bein den gesetzlichen Krankenkassen, auf dem anderen Bein nach wie vor dem kommunalen Säckel zuzuordnen sein. Wie im einzelnen auch immer – auf jeden Fall dürfte eine solche zur Zeit ja noch nicht praktizierbare Kostenverteilung die Finanzierbarkeit der Einrichtung im Ganzen sicher vor allem von der kommunalen Seite her erleichtern.

Als drittes Element in unserem Zusammenhang ist schließlich die *Tagesstätte* zu nennen. Die Expertenkommission hat sich durch einzelne Projekte im Modellprogramm überzeugen lassen, daß es sinnvoll und zweckmäßig ist, wenn für schwerer gestörte chronisch psychisch Kranke und Behinderte, die nicht hospitalisiert zu werden brauchen, andererseits aber dem offenen Angebot der Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion nicht oder noch nicht gewachsen sind, längerfristige therapeutische Programme zur Verfügung stehen. Eine jeweils fest zusammengesetzte Gruppe solcher Kranker soll in der Tagesstätte bei wochentäglicher Öffnungszeit über einen längeren Zeitraum behandelt werden. Im Mittelpunkt stehen auch hier arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen sowie Gruppenaktivitäten.

Die Verknüpfung von aufsuchend-ambulantem Dienst, Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätte für jeweils eine Population von ca. 150 000 Einwohnern heißt die Expertenkommission *gemeindepsychiatrischen Verbund.* Sie hat diesen Ausdruck mit Bedacht gewählt. Denn in der Tat sollen die drei Komponenten nicht einfach nur kooperieren, sondern zu so etwas wie einer funktionalen Einheit verbunden sein. Dabei darf der gemeindepsychiatrische Verbund nicht als Institution betrachtet werden, die man additiv anderen in der Versorgungsregion schon arbeitenden Diensten hinzufügt. Nur im theoretischen Extremfall einer völlig versorgungsleeren Region würde man ja gezwungen sein, die drei Elemente des Verbundes

einzeln zu etablieren. In aller Regel wird es darauf ankommen, geeignete Anknüpfungspunkte ausfindig zu machen, bestehende Einrichtungen funktionsgerecht weiterzuentwickeln oder gegebenenfalls umzuformen. Es ist angesichts der Varianz örtlicher Bedingungen mit sehr unterschiedlichen Aufbauwegen zu rechnen. Sie zu begehen, erfordert Einfallsreichtum und Geschick, über die durchschnittliche kommunale Selbstverwaltungen nicht ohne weiteres verfügen können. Dies ist unter anderem der Grund, weswegen die Expertenkommission *Koordinatorpositionen* bei den zuständigen Dezernenten auf den Erfahrungen des Modellprogramms fußend empfohlen hat, zu deren Aufgaben auch der Aufbau oder die Mithilfe oder Initiierung beim Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundes gehört.

Nun werden jedem, der die Verhältnisse kennt, sofort die Schwierigkeiten einfallen, welche der Verschmelzung einzelner Einrichtungen zu einer funktionalen Einheit – das bedeutet natürlich auch personelle Durchlässigkeit – entgegenstehen. Dort, wo nur ein einziger Träger als Partner auftritt, mag es noch einigermaßen hingehen. Dererlei ist aber die Ausnahme. Meist sind mehrere Träger und Spitzenverbände beteiligt, die nicht selten miteinander konkurrieren, sich gegeneinander abschotten und um ihre Eigenständigkeit fortdauernd bangen. Nicht einfach dürfte es ferner sein, Einrichtungen freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft in einem Verbund zusammenzuführen. Diese und verwandte Probleme sind mancherorts charakteristisch für die Versorgungssituation im außerklinischen Bereich: Gerade in entwickelteren, aktiven Regionen stoßen wir auf eine Zersplitterung der Träger- und Betreibergruppierungen, auf Zustände, die gelegentlich als „Wildwuchs" bezeichnet worden sind, und im Gefolge davon auf unklare Aufgabenabgrenzungen, also eine unbefriedigende Versorgungslage. Der gemeindepsychiatrische Verbund ist eine Antwort auf diesen bundesrepublikanischen Sachverhalt, eine bewußte Herausforderung für die Beteiligten, in einem konsensusfähigen, für die Allgemeinpsychiatrie sehr wesentlichen Teilbereich gemeinsam Verantwortung für die Versorgung einer Region zu übernehmen. Die organisatorischen Modalitäten solcher Gemeinsamkeit in einem Verbund bleiben der administrativen Kreativität derer, die zusammenarbeiten wollen, überlassen. Unverzichtbar erscheint es allerdings, eine Rechtsform zu finden, in welcher der Verbund als ganzer sich repräsentieren kann und als vertragsfähiger Partner insbesondere von den Kostenträgern anerkannt wird. In diesem Zusammenhang erscheint es logisch, daß sich der gemeindepsychiatrische Verbund ein Leitungsgremium gibt und diesem ein Arzt angehört. Zwar wird in der Regel davon ausgegangen, daß die ambulante ärztliche Behandlung der psychisch Kranken und Behinderten durch die niedergelassene Ärzteschaft sichergestellt wird; innerhalb des Verbundes bleiben aber noch genug Verantwortungsbereiche, die vom Arzt wahrzunehmen sind.

Abgesehen von den Vorgaben, die auf die Spezifität des Verbundcharakters abzielen, sollte sich das gemeindepsychiatrische therapeutische Instrument, wie es der Expertenkommission vorschwebt, durch Flexibilität, Offen-

heit und Anpassungsfähigkeit auszeichnen. Natürlich kann sich der Aufbau auch schrittweise vollziehen. Es wäre ganz im Sinne der Expertenkommission, wenn dabei bereits im Ansatz dem gemeindepsychiatrischen Verbund die Rolle eines Motors zu Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgung in den Regionen zugewiesen würde. Das betrifft nicht nur die im Verbund gebündelten Hilfen. Hier wird es längerfristig gerade mit dem Blick auf chronisch psychisch Kranke und Behinderte notwendig sein, etwa für die Schaffung von Wohnangeboten – als da sind Einzelwohnungen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften und gegebenenfalls auch kleine Wohnheime – zu sorgen und das Problem der Betreuung anzupacken. Wenn das Konzept der Expertenkommission in entwickelten Versorgungsregionen aufgeht, also die Wohnungen – besser jetzt: Unterkünfte – wirklich nur zum Wohnen benutzt, die therapeutischen Hilfen hingegen durch den gemeindepsychiatrischen Verbund und die Praxen angeboten werden, die Kranken also ihre Unterkünfte verlassen und die therapeutischen Hilfen dort gleichsam abholen müssen – wenn dieses Konzept aufgeht, wird die Frage der Betreuungsdichte vielleicht neu zu stellen sein. Auf der anderen Seite und hiervon unabhängig beteiligen sich heute schon Kontaktstellen an der häuslichen Krankenpflege. Ob sich diese häusliche Krankenpflege speziell für psychisch Kranke und Behinderte auf dem Hintergrund des neuen Paragraphen 37 GRG sachgerecht wird entfalten können, muß in Abstimmung mit den Sozialstationen und den sozialpsychiatrischen Diensten überprüft werden. Von nicht weniger wichtigem Belang ist ferner die Initiierung von Einrichtungen und Maßnahmen der nach wie vor weitgehend im Argen liegenden beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. Der zu diesem Themenkomplex gehörende von den Hauptfürsorgestellen finanzierte psychosoziale Dienst sollte vorerst in den Verbund eingebaut werden.

Es ist eine Selbstverständlichkeit, wenn ich schließlich feststelle, daß der gemeindepsychiatrische Verbund seine Funktion nur in eng ausgestalteter kooperativer Partnerschaft mit der niedergelassenen Ärzteschaft, in Sonderheit den praktizierenden Nervenärzten erfüllen kann. Zu interessanten, durchaus wünschenswerten Entwicklungen dürfte es kommen, wenn den Empfehlungen der Expertenkommission gefolgt wird und tatsächlich gemeindepsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxen, Gemeinschaftspraxen oder gar Praxisgemeinschaften regional entstehen und geeigneten Nervenarztpraxen die Abrechnungsmöglichkeit für die Leistung nicht-ärztlicher Fachkräfte außerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung zugestanden wird. In welcher Weise solche zum Teil neuartigen Formen gemeindepsychiatrischer, tendenziell ebenfalls auf die Gruppe chronisch psychisch Kranker ausgerichteter Versorgung in das Aufgabenfeld des Verbundes integriert oder möglicherweise als Funktionsteile sogar substituiert werden können, das sind Fragen, die noch keine Antworten gefunden haben.

Die Expertenkommission hat mit der Idee des gemeindepsychiatrischen Verbundes Neuland betreten. Bündelung wurde der Zersplitterung entgegengesetzt – aber nicht, um lebendige Vielfalt durch öde institutionelle Vereinheitlichung zu ersetzen. Der Weg weist vielmehr in die Richtung auf Gemeinsamkeit des Handelns in einer definierten Region. Das ist ein sehr allgemeines Prinzip, welches der Qualität von Versorgung überhaupt zugrunde zu legen wäre. Insofern könnte die Umsetzung des Verbundgedankens als Initialzündung für das Entstehen eines die Beteiligten insgesamt umfassenden regionalen Versorgungsbewußtseins verstanden werden.

Dies ist auch der Hauptgrund, daß die vor Ort Tätigen sich aufmachen sollten, Überlegungen anzustellen, wie sich ein gemeindepsychiatrischer Verbund in ihrer Region formieren ließe, Gespräche zu beginnen mit freien Verbänden und der Kassenseite. Das ergibt, denke ich, eine wunderbare und nützliche Innovations-Etüde.

Treffpunkt Eilbek, Tagesstätte und Wohnhaus Jüthornstraße in der Region Hamburg-Eilbek

H. Lorenzen und R. Hölzke

I. Die ehemalige Modellregion Hamburg-Eilbek

Aus Mitteln des Modellprogramms Psychiatrie und der Gesundheitsbehörde Hamburg wurde in Hamburg-Eilbek eine Versorgungsregion stadtteilnah ab 1981 aufgebaut. Die Psychiatrische Abteilung wurde mit dem Ziel gegründet, in Hamburg die psychiatrische Krankenhausbehandlung zu regionalisieren. Die Klinik hat die Vollversorgung für die umgebenden Stadtteile mit einer Einwohnerzahl von 110000 Einwohnern übernommen.

Es hat sich gezeigt, daß bei einer guten komplementären Versorgung durch Wohngemeinschaften und ein speziell für diese Patienten eingerichtetes Heim chronisch schwerkranke Patienten überwiegend nur noch in Krisenzeiten für kurze Dauer in die Klinik kommen, wenn sie in ihrem Verhalten äußerst gestört sind, um dann bald wieder entlassen zu werden. Der aufarbeitende sozialpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsanteil, der dem beteiligten Personal die ermutigenden Impulse vermittelt, wird außerhalb geleistet. Das Klinikpersonal muß sich mehr mit den Zeiten im Verlauf einer Krankenkarriere auseinandersetzen, in denen destruktive Impulse gegen sich und andere und therapieabweisendes Verhalten vorherrschend sind. Krankenhausstationen und Abteilungsmilieu werden von dieser Entwicklung beeinflußt.

Nach den Prinzipien der gemeindenahen Psychiatrie soll die Behandlung in der Nähe des Wohnortes der Patienten durchgeführt werden. Schließlich wird die Notwendigkeit des Zusammenwirkens der verschiedenen Dienste als erforderlich angesehen, um eine Überversorgung oder Doppelbetreuung zu vermeiden. In der Modellregion Hamburg-Eilbek sind alle beteiligten Einrichtungen in der von der Psychiatrischen Abteilung im Dezember 1980 gegründeten, inzwischen hiervon aber unabhängig wirkenden *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft* (PSAG) zusammengeschlossen. Die PSAG hat keine eigene Satzung; die einzelnen Teilnehmer treten seit 1980 aus eigener Initiative zusammen. Der Informationsaustausch erfolgt über die regelmäßig erstellten Protokolle der jeweiligen Sitzungen, zu denen monatlich immer wieder erneut anhand eines sehr großen Verteilers eingeladen wird. Jährlich findet eine ganztägige Jahrestagung zur Diskussion grundsätzlicher Fragen statt.

Psychiatrische Behandlungsverfahren leben von zwischenmenschlichen dualen Patient-Therapeut-Beziehungen, die tragende und Haltefunktion haben. Aus der wechselseitigen Verknüpfung von somatischen, psychischen und sozialen Entstehungsfaktoren psychischer Krankheit ergibt sich die Notwendigkeit eines integrativen und berufsübergreifenden therapeutischen Ansatzes, wie es in den Leitlinien der Beraterkommission heißt. Es wurden alle Einrichtungen personell *multiprofessionell* mit den in der Psychiatrie notwendigen Berufsgruppen besetzt, also Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, psychiatrisch erfahrenes Krankenpflegepersonal.

Neben den 118 stationären und teilstationären *Behandlungsplätzen* von Klinik und Tagesklinik wurden in der Region weitere 20 Plätze im Wohnheimbereich, 8 Wohngruppenplätze, 12 Tagesstättenplätze, 16 Plätze „betreutes Wohnen" geschaffen. Daraus ergibt sich neben den 118 Behandlungsplätzen eine weitere Zahl von nahezu 60 außerklinischen Plätzen.

II. Gemeindepsychiatrisches Zentrum Eilbek

In Eilbeck wurde ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum gegründet, welches aus drei Bausteinen besteht, die alle in der gleichen Trägerschaft miteinander verbunden sind. Das hat personell und von der Verwaltung her den Vorteil der Durchlässigkeit für Patienten und Personal. Abgrenzungsprobleme treten in den Hintergrund.

1. Wohnhaus Jüthornstraße

Das Wohnhaus Jüthornstraße hat die Aufgabe, innerhalb des Standardversorgungsgebietes die psychiatrische Regelversorgung zu vervollständigen. Es handelt sich um ein Übergangs- und Dauerwohnheim mit 20 Plätzen für psychisch Kranke und Behinderte. Es dient der kurz-, mittel- und langfristigen Rehabilitation ehemaliger Klinikpatienten und chronifizierungsgefährdeter Patienten, die nicht mehr selbständig wohnen können, um eine Klinikaufnahme zu vermeiden.

Im therapeutischen Teil stehen für das Wohnhaus 7 Mitarbeiter zur Verfügung. Nach Abschluß der ersten Belegungsphase im Frühjahr 1984 befanden sich in der Psychiatrischen Abteilung keine in komplementäre Einrichtungen verlegungsfähige Langzeitpatienten mehr mit einer Liegezeit von über einem Jahr. Leider hat sich inzwischen gezeigt, daß der Anteil an Plätzen für Schwerstkranke im komplementären Bereich immer noch ungenügend ist. Inzwischen finden sich in der Klinik immerhin 10 Patienten, die eine feste Zusage für die Aufnahme in einem Wohnheim haben, jedoch aus Kapazitätsgründen dorthin nicht verlegt werden können. Diese Wartesituation entmutigt die Patienten bereits im Stadium der Anmeldung.

Weiter ist hervorzuheben, daß im Wohnhaus auch schwerstbehinderte Patienten aufgenommen und behandelt werden, die von anderen Hamburger Wohnheimen für die Aufnahme aus konzeptionellen Gründen abgelehnt werden. Frei werdende Plätze im Wohnhaus werden neu von der Klinik aus belegt, so daß das Heim zur Entlastung des klinischen Bereichs entscheidend beiträgt.

Hervorzuheben ist, daß die Aufnahme in das Wohnhaus nicht davon abhängig gemacht wird, ob die Patienten bereits zu diesem Zeitpunkt in der Lage sind, sich aktiv an dessen therapeutischen Angeboten zu beteiligen. Gerade

das Eintrainieren und das Motivieren werden als Teil der Behandlung angesehen. Es wird auch toleriert, wenn Patienten langfristig so zurückgezogen leben wollen, daß sie keinerlei Gemeinschaftsangebote wahrnehmen. Im Wohnhaus ist als eine Besonderheit hervorzuheben, daß hier Übergangsheimplätze und Dauerwohnheimplätze zusammengefaßt sind und beim Eintritt jeder einzelne Bewohner die Möglichkeit behält, auch langfristig oder auf Dauer bleiben zu können. Ein rehabilitativer Druck besteht nicht.

Wichtige Voraussetzung für die *Kooperation* zwischen Wohnhaus und Klinik – und diese Kooperationsebene ist die aktuell bedeutsamste für beide Seiten – ist die räumliche Nähe zur Klinik. Man fährt mit dem Auto 5 Minuten. Die Kooperation wird durch gemeinsame Fallbesprechungen und durch Hospitationen von Mitarbeitern des Wohnhauses in der Klinik kontinuierlich unterstützt. Wichtig ist für die Zusammenarbeit, daß sich Mitarbeiter beider Einrichtungen auf freiwilliger Basis auf gemeinsame Zielvorstellungen geeinigt haben. Die Zielgruppe sind chronisch Kranke, die dem Selbstverständnis der Entscheidungsträger der Region nach nicht in extrem gemeindeferne Einrichtungen, d. h. explizit nicht in Krankenhäuser außerhalb Hamburgs, verlegt werden.

Unter diesen Bedingungen hat sich zwischen Wohnhaus und Klinik ein hohes Maß gemeinsamer Verantwortlichkeit für schwerkranke Patienten herausgebildet. Klinik und Heim sehen es als ihre gemeinsame Aufgabe an, ihre Behandlungskonzepte den Bedürfnissen der Patienten anzupassen. In unseren gemeinsamen Überlegungen zur Vorbereitung dieses Vortrages fielen uns insbesondere zwei Patienten ein, die extrem gestört sind und wechselseitig in der Klinik wie in dem Heim versorgt werden. Es ist beiden Einrichtungen gelungen, im Rahmen von Fallbesprechungen zu einem Konsens darüber zu kommen, in welcher Einrichtung auf absehbare Zeit die Interessen des Patienten optimal erfüllt werden. Den Patienten im Wohnhaus gibt es ein Gefühl der Sicherheit, daß sie jederzeit in die Klinik zurückkönnen, ihnen zum anderen aber der Weg ins Heim offensteht.

2. Treffpunkt Eilbek – Psychosoziale Kontaktstelle

Der Treffpunkt Eilbek, also die Psychosoziale Kontaktstelle, nimmt der Konzeption nach folgende Aufgaben wahr: Präventive stadtteilbezogene ambulante Arbeit zur Vermeidung von stationärer Behandlung ohne eingrenzende Festlegung auf einzelne Problembereiche, sondern durch ein integratives Behandlungsmodell; ein weiterer Schwerpunkt ist die rehabilitative und nachsorgende Arbeit im Wohngruppenbereich. Es stehen sechs Stellen im therapeutischen Bereich zur Verfügung.

In der *offenen Treffpunkt-Arbeit* steht die Kontaktstelle zu bestimmten Zeiten psychisch erkrankten Menschen als Angebot zur Verfügung. Ziel ist die Integration in den Stadtteil unter Einbeziehung bisher nicht psychisch Erkrankter, deren Zulauf weiterhin aber gering ist, durch Unterstützung von Selbsthilfeanteilen und durch die Schaffung von Kontaktmöglichkeiten. Zu

bestimmen Zeiten in der Woche bietet der Treffpunkt ein Kontakt- und Gesprächsangebot für psychisch Kranke wie auch für Menschen aus der Bevölkerung an, die bisher keine psychiatrische Behandlung gehabt haben. Neu wurde in die Arbeit des Treffpunkts eine Sozialhilfeberatung aufgenommen, um die Vermischung mit psychisch Gesunden zu erreichen. In den Treffpunkt werden Patienten der Klinik als ein begleitendes Therapieangebot während des Aufenthaltes mit dem Ziel der Entlassung vermittelt.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden die *Wohngruppen*. Es wurden betreute Wohnmöglichkeiten geschaffen, vor allem für Patienten aus psychiatrischen Krankenhäusern. Es erfolgt die Betreuung von 2 Wohngruppen mit insgesamt 8 Plätzen. Zusätzlich wurde nach Auslaufen des Modellprogramms der Bereich „Einzelbetreuung in eigener Wohnung" aufgebaut, hierfür stehen weitere 5 Plätze zur Verfügung. Alle Bewohner sind ehemalige Klinikpatienten. Erneute Klinikaufenthalte konnten, wenn sie notwendig wurden, zeitlich drastisch verkürzt oder ganz verhindert werden. Dabei hat sich für die Patienten, die im Falle von Klinikaufenthalten in Eilbek stationär behandelt werden konnten, gezeigt, daß die für die ambulante Betreuung zuständigen Mitarbeiter bereits durch die räumliche Nähe den persönlichen Kontakt zur Klinik und die Beziehung zu den betreuten Patienten auch während des Krankenhausaufenthaltes wahren konnten, was für die Entlassungsvorbereitung außerordentlich wichtig ist.

Die direkte Kooperation zwischen Mitarbeitern des Treffpunkts und Klinikmitarbeitern vollzieht sich in der Regel auf der Station mit dem zuständigen Team im Rahmen von Mitarbeiterbesprechungen, zu denen die externen Kollegen eingeladen werden. Eine besonders enge Kooperation entsteht naturgemäß in der Betreuung von ehemaligen Klinikpatienten nach der Krankenhausentlassung. Auch hier ist es wichtig, daß Klinik und Treffpunkt-Mitarbeiter gemeinsam Verantwortung für Patienten übernehmen.

Der Schwerpunkt *Sucht* versteht sich als Therapiekette mit Erstgesprächskontakten, diagnostischer Explorationsphase, Informationsgruppen, Therapie- und Angehörigengruppen und Nachsorgegruppen. Im Nachsorgebereich wird die Suchtarbeit in die Arbeit der offenen Treffpunkt-Arbeit integriert. Die Arbeit ist darauf angelegt, den Patienten auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vorzubereiten oder auch zur Vermeidung stationärer Maßnahmen eine langfristige ambulante Behandlung aufzubauen. Dieser Bereich arbeitet verstärkt mit niedergelassenen Nervenärzten der Region zusammen, so daß hier besonders viele Suchtkranke mit einer psychiatrischen Diagnose sowie mit einer Medikamentenabhängigkeit betreut werden.

Die *Kooperationsbeziehung* des Treffpunkts geht überwiegend in Richtung Klinik mit der Psychiatrischen Ambulanz in der Nachbehandlung von Patienten der Wohngruppen und in der einzelfallbezogenen Hilfe von Besuchern des Treffpunkts. Es wurde auch eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Nervenärzten hergestellt, die Patienten in den Treffpunkt emp-

fehlen, um hier an Therapiegruppen, an der Suchtberatung und an der Treffpunkt-Arbeit selbst teilzunehmen. Beispielsweise läßt sich dadurch für depressiv Kranke eine Tagesstruktur aufbauen.

3. Tagesstätte

Die Tagesstätte Bredstedter Straße steht als Einrichtung der langfristigen Rehabilitation chronisch psychisch Kranker im Rahmen einer durchschnittlich einjährigen Maßnahme zur Verfügung. Insbesondere soll die Stabilisierung nach wiederholten und langfristigen Krankenhausaufenthalten angestrebt werden, in Einzelfällen soll auch einer Chronifizierung vorgebeugt werden. Hervorzuheben ist, daß diese Einrichtung ganz überwiegend schwerstgestörte langzeitkranke ehemalige Patienten klinischer Einrichtungen behandelt. Es handelt sich um Menschen, die krankheitsbedingt in eine extreme soziale und persönlich-menschliche Isolierung geraten sind. Die Arbeit zielt darauf ab, die Lebensperspektive zu klären, ein Akzeptieren des Krankseins zu finden, Alltagsfertigkeiten zu trainieren, einen stabilen Lebensrahmen bei geringstmöglicher Psychiatrisierung zu erarbeiten und die Selbstversorgung einzuüben.

Die in einem ehemaligen Ladengeschäft untergebrachte Einrichtung hat 12 Behandlungsplätze. An therapeutisch tätigen Mitarbeitern stehen 2 Stellen zur Verfügung. Der durchschnittliche Aufenthalt in der Tagesstätte beträgt ein Jahr. Überwiegend wurden ehemalige Patienten der Psychiatrischen Abteilung zugewiesen. Diese werden nur zum Teil von niedergelassenen Nervenärzten, zu einem wesentlichen Anteil aber von der Psychiatrischen Ambulanz weiterbetreut. Die Mitarbeiter in dieser Einrichtung sind darauf eingestellt, Patienten unter einer langfristigen Perspektive zu behandeln.

Nach unserer Erfahrung hat sich um jede Einrichtung eine eigene Gruppe von Patienten gebildet, die nicht im Sinne einer Kette weitervermittelt werden kann, sondern im Umfeld dieser Einrichtung weiterbetreut werden will und daher auch muß. Diese Patienten sind in ihrer Karriere als langfristig Kranke und Behinderte darauf angewiesen, daß die aufgebaute duale therapeutische Beziehung, die auf der Seite des Therapeuten über die individuelle Beziehung hinaus den institutionellen Rahmen gleichwertig mit umfaßt, aufrechterhalten bleibt.

Es muß als eine Fiktion angesehen werden, wenn planerisch prinzipiell von Übergängen von einer Einrichtung in die andere ausgegangen wird. Es war therapeutisch sinnvoll, daß alle drei Einrichtungen Nachsorgeangebote aufgebaut haben, um Patienten nicht erneut in eine sie nicht mehr haltende Unabhängigkeit zu entlassen. Jede Einrichtung gewinnt ihre eigene Klientel. Mit dieser Erfahrung ist beim Aufbau von Einrichtungen für chronisch Kranke zu rechnen. Die individuelle Kultur, die um jede Einrichtung entsteht, läßt sich nicht übertragen oder verschieben.

Kontaktstelle, Tagesstätte und Wohnheim in Eilbek tragen nach Auslaufen des Modellprogramms Psychiatrie in der Kooperation mit der Psychiatrischen Ambulanz und den Sozialpsychiatrischen Diensten sowie der Klinik weiter die Verantwortung für die langzeitige Versorgung bestimmter psychisch Kranker der Region. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, daß sich in einem großstädtischen Bereich wie Hamburg in der Umgebung der Klinik zahlreiche Ärzte und Psychotherapeuten niedergelassen und Versorgungsverpflichtungen für chronisch Kranke übernommen haben.

Ich glaube, daß sich die vielen chronisch Kranken, die niedergelassene Ärzte versorgen, von der zahlenmäßig kleinen Gruppe der Langzeitpatienten, die überwiegend von Einrichtungen des Verbundes betreut werden, durch bestimmte Merkmale unterscheiden, die bisher unzureichend untersucht wurden. Ich frage mich, welche Faktoren es sind, die den Übergang von einer individuellen dualen Beziehung zu einer mehrdimensionalen therapeuten- und einrichtungsbezogenen Beziehung begründen. Langzeitkranke, die von diesen Einrichtungen der Region betreut werden, werden nicht mehr ausschließlich von Einzeltherapeuten betreut. Vielleicht kann man sagen, daß sie nicht mehr individuell tragbar sind, sondern einer multiprofessionellen Betreuung bedürfen. Vielleicht findet sich hier die Grenzlinie zwischen den Betreuungsmöglichkeiten durch niedergelassene Therapeuten, insbesondere Psychiatern, und den Einrichtungen mit institutionellem Charakter und ihrer Multiprofessionalität.

III. Ambulante psychiatrische Behandlung

Erhebungen in den drei ärztlich geleiteten Diensten Ambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst sowie auch Nervenarzt mit Sozialarbeiterin in einer Praxis (auf weitere Einzelheiten dieses Modellvorhabens kann aus Zeitgründen nicht eingegangen werden) haben belegt, daß alle diese drei Dienste dem Schwerpunkt nach chronisch Kranke erreichten. Es ließ sich aber zeigen, daß jeder dieser drei ambulanten Dienste eine eigene Untergruppe chronisch Kranker erreicht. Dieses wurde durch die unterschiedlichen und jeweils charakteristischen Zuweisungsinstanzen deutlich.

In die Ambulanz kommen Patienten vorwiegend von niedergelassenen Ärzten zur Krankenhauseinweisung und vom Krankenhaus zur Nachbehandlung, in die Sozialpsychiatrischen Dienste über nichtärztliche Dienststellen, also Fremdmeldungen wie die Polizei, aufgrund auffälligen Verhaltens, und zum niedergelassenen Arzt vornehmlich durch Überweisung anderer Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich. Daraus haben wir vorsichtig den Schluß gezogen, daß diese drei im ambulanten Bereich angesiedelten therapeutischen Dienste jeweils Patientengruppen erreichen, die – von ihrer Krankheitskarriere aus betrachtet – ein unterschiedliches Hilfesuchverhalten haben. Das Nebeneinanderbestehen dieser voneinander abhängigen Dienste ist aus unserer Sicht für die psychiatrische Versorgung notwendig. Eine Vermischung dieser drei Dienste miteinander halten wir nicht für vertretbar.

An dieser Stelle ist zu beachten, daß individuell zwischen Klinik und Nervenärzten, Ambulanz und Nervenärzten, aber auch zwischen Kontaktstelle, Tagesstätte und Wohnheim zu Nervenärzten patientenbezogen tragende Einzelkontakte aufgebaut worden sind. Es ist aber nicht gelungen, niedergelassene Nervenärzte unmittelbar in die von der PSAG geleistete Weiterentwicklung des Versorgungssystems miteinzubeziehen. Die Teilnahme insbesondere der Nervenärzte an der PSAG ging sehr bald zurück und ist jetzt nicht mehr gewährleistet. Dieses wird von allen Seiten bedauert.

Wenn hier nach den Gründen gefragt wird, dann vermag ich keine abschließende Antwort zu geben. Ich kann nur die Frage stellen, ob dieses nicht eine notwendige Folge von unterschiedlichen Abhängigkeiten durch Kostenträger ist. Nach meiner Auffassung ist eine solche Realität unterschiedlicher Abhängigkeitsstrukturen anzuerkennen und in ihrer Bedeutung weiter zu überprüfen. Dagegen ist es wenig hilfreich, die bestehenden Gegensätze durch die Aufzählung von Schuldzuweisungen zu vertiefen.

Auf ein weiteres Problem für die Kooperation mit den vorrangig multiprofessionell besetzten Diensten möchte ich eingehen.

In der Kontaktstelle, der Tagesstätte und im Wohnheim werden die Patienten sozialtherapeutisch und psychotherapeutisch umfassend versorgt. Die Mitarbeiter dieser Einrichtungen suchen für ihre Patienten daher in der Regel, wenn sie sich an einen psychiatrisch tätigen Arzt wenden, nur Unterstützung in der biologischen, also medikamentösen Therapie. In der Kooperation mit einem multiprofessionellen Team ist der Arzt auf diese Dimension psychiatrischen Handelns beschränkt.

IV. Abgrenzung von Ambulanz und Sozialpsychiatrischem Dienst

Auf eine inhaltliche Schilderung der Aufgaben der Psychiatrischen Ambulanz und des Sozialpsychiatrischen Dienstes verzichte ich aus Zeitgründen, um auf einige Fragen der gegenseitigen Abgrenzung eingehen zu können. Auf einen wesentlichen Unterschied zwischen Ambulanz und Sozialpsychiatrischem Dienst möchte ich näher eingehen.

Die Ambulanz ist zuständig für Patienten, die ihr von der Klinik und von niedergelassenen Ärzten zugewiesen werden. Sie widmet sich vorwiegend der Screening-Funktion im Vorfeld der Klinik sowie der Nachsorge entlassener Patienten. Dagegen wird die Klinikambulanz nicht in Krisen tätig, in denen bei bisher nicht bekannten Patienten aktiv nachgehende, aufsuchende Hilfen angebracht sind. Die Klinikambulanz tritt primär nicht eingreifend auf, interveniert auch bei auffälligem Verhalten zurückhaltend und berücksichtigt vornehmlich die Intentionen der Patienten, auch wenn diese krankhaft bestimmt sind.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist vornehmlich aufgrund von Fremdmeldungen tätig. Hier treffen regelmäßig Polizeiberichte ein, auch ohne daß

dieses den Patienten bekannt ist. Der Sozialpsychiatrische Dienst muß sich auf der Grundlage des Hamburger Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke als Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge von Amts wegen um diese Situationen kümmern. Von daher hat der Sozialpsychiatrische Dienst seiner Struktur nach die Funktion eines aufsuchenden Dienstes, die Ambulanz dagegen die eines aufgesuchten Dienstes, soweit es sich um den initialen Zugang des Patienten zur Einrichtung handelt.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß der Sozialpsychiatrische Dienst ein Teil des Gesundheitsamtes ist. Dem Benutzer muß klar werden, daß er sich an eine staatliche Stelle wendet, in der Akten und Polizeiberichte geführt werden. Ohne daß eine Einwilligung des Patienten vorliegt, treffen hier Informationen von dritten Stellen ein. Wegen dieser unterschiedlichen Zugangswege plädieren wir weiterhin für die Trennung zwischen Ambulanz und Sozialpsychiatrischem Dienst. Wir halten es für sinnvoll, wenn die subjektiven Sichtweisen und Bedürfnisse des Patienten und die Normen der Gesellschaft nicht nur in der Person eines Therapeuten oder innerhalb eines Dienstes gegeneinander abgewogen werden.

Zum anderen ist hervorzuheben, daß beide Dienste personell so ausgestattet werden müssen, daß die langfristige Betreuung chronisch Schwerkranker gewährleistet ist. Dieses setzt u. a. eine angemessene Relation zwischen der Zahl der Therapeuten und der der zu versorgenden Patienten voraus. Insbesondere für den Sozialpsychiatrischen Dienst ist es erforderlich, mehr als nur Feuerwehrfunktionen in akuten Krisen leisten zu können.

V. Kooperation und Koordination

Kooperation und Vernetzung zwischen den Einrichtungen der psychosozialen psychiatrischen Versorgung hat nur dann eine Chance, wenn eine Versorgungsstrukur vorhanden ist, die die wichtigsten Einrichtungen im ambulanten, stationären und komplementären Bereich umfaßt. „Durch die gemeinsame Bereitschaft zur Auseinandersetzung über bestehende Versorgungslücken und die Fähigkeit, institutionsübergreifende Konzepte gerade im Bereich der komplementären Hilfen zu entwickeln und umzusetzen, entstehen Kooperationsbeziehungen. Dies setzt allerdings voraus, daß die personelle Ausstattung der Einrichtungen und ihr Versorgungsverständnis nicht allein auf die Wahrnehmung eng eingegrenzter Pflichtaufgaben ausgerichtet sind." Bei diesen Sätzen handelt es sich um ein Zitat aus dem Sachstandsbericht über die Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitsformen und Organisationsstrukturen zur Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter aus dem Modellverbund Psychiatrie.

Wie in den weiteren Ausführungen dieses Berichtes enthalten ist, kann Kooperation und die angestrebte Vernetzung nur wirksam werden, wenn sich in den Einrichtungen Mitarbeiter finden, die von ihrer inneren Haltung her dazu bereit sind, sich zu Kontakten zu treffen und sich an Absprachen zu

halten. Dies setzt zeitlich Freiraum voraus. Weiter kann Kooperation nur wirksam werden, wenn Personen vorhanden sind, die die innere Bereitschaft zur Auseinandersetzung mitbringen.

Koordination läßt sich nicht verwirklichen, wenn tief verwurzelte Überzeugungen und Vorurteile einander entgegenstehen. Überzeugungsarbeit ist nicht mehr möglich, wenn ein unbewußtes Agieren entsteht. In diesen Situationen ist tatsächlich auf die Durchsetzung bestimmter Ziele zu verzichten und sind Entscheidungen von einer übergeordneten steuernden Instanz unumgänglich. Weiter sind Konkurrenzverhalten, Abschottung, Vorurteile, geringe Transparenz als Kooperation hemmende Faktoren anzusehen. Koordinatorentätigkeit kann sich nur entwickeln, wo – wie in einem Team – zwischen Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen die Bereitschaft zur Reflexion und Introspektion und zum konstruktiven Denken vorhanden ist.

Ein idealer Koordinator wird eine Position entwickeln, die mit der eines guten Gruppenleiters vergleichbar ist. Er wird Ideen aufnehmen und entwikkeln, Anstöße geben, mehr Fragen stellen als endgültige Antworten geben, nicht vorschnell zum Handeln drängen, sich nicht benutzen lassen, sondern die vorhandenen Kräfte stützen und entwickeln. Wenn ihm auch planende Kompetenz und Entscheidungsbefugnis zukommt, wie das in vielen Regionen ohne vorhandene psychosoziale Struktur unvermeidbar sein wird, dann besteht die Kunst darin, sich rechtzeitig zurücknehmen zu können, um nicht in eine als durchgehend dominant und bestimmend wahrgenommene Position zu geraten, die eben Koordination in dem hier verstandenen Sinne verhindert.

Von der Expertenkommission wird dem Koordinator vornehmlich planende und organisierende Funktion zugerechnet im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Die dort definierte Notwendigkeit einer Koordinationsstelle läßt sich nicht bestreiten. Sie schafft m. E. aber nur die Voraussetzung für einen inneren Entwicklungsprozeß, den zu fördern nur neutrale Koordinatoren in dem von mir verstandenen Sinne leisten können. Es kann dort nicht auf planende Koordination und Kontrolle verzichtet werden, wo die notwendigen Institutionen fehlen oder bindende Versorgungsaufträge unbeachtet bleiben. Die die Einrichtungen kontrollierende und organisierende Aktivität ersetzt aber nicht die Funktion, innerhalb der Dienste und zwischen den Diensten koordinierend kreativ wirksam zu werden. Nach der Organisation und vor der Kontrolle ist Koordination in dem von mir verstandenen Sinne als eine lebendige Kraft zu verstehen, die kontinuierliche Entwicklungsprozesse fördert.

Die Vernetzung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Duisburg und das Kontaktzentrum „Regenbogen"

H. Bertling

Vorwort

In diesen Tagen feiern wir den 40ten Jahrestag des Grundgesetzes. Gestatten Sie mir deshalb, bevor ich meine Ausführungen zu dem mir gestellten Thema mache, daß ich uns allen noch einmal ins Gedächtnis rufe, was Sie im Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland, dem wohl größten Träger psychiatrischer Einrichtungen nachlesen können.

Von den insgesamt 13000 Patienten des Rheinlandes befinden sich nach Kriegsende nahezu zwei Drittel in den Anstalten des Landschaftsverbandes. Für 150 Kranke gibt es einen Arzt, für sechs Kranke eine Pflegeperson, die Heime sind überbelegt, die Kranken in großen Schlaf- und Aufenthaltsräumen bis zu sechzig Personen und mehr zusammengelegt.

In den 50er und 60er Jahren verändert sich zunächst nicht viel in den Anstalten: noch immer stehen die Betten dicht beieinander in den großen Schlaf- und Aufenthaltsräumen. In manchen Abteilungen ist kein Platz mehr für den Nachttisch am Bett und für den Schrank, in dem die eigenen Habseligkeiten untergebracht werden können. Und dies führt zwangsläufig zu einer „Minimierung humaner Grundbedürfnisse an Intimität und privater Sphäre."

1956 zieht Franz LANDOWSKI, Mitglied des ersten Gesundheitsausschusses, die Bilanz nach vierjähriger Tätigkeit des Ausschusses:

„Der Eindruck, daß die Bundesrepublik mit ihrem Wohlstand an sehr vielen Stellen an die Öffentlichkeit tritt, ist bei einem Gang durch unsere Anstalten keineswegs festzustellen." (LV 18. 10. 1956)

Und zwei Jahre später, als bereits der Bau einer weiteren Landesheilanstalt diskutiert wurde, stellt der ehemaliger Kämmerer des Landschaftsverbandes, Will KÖNEMANN, fest, der kulturelle Standard eines Volkes messe sich nicht nur an der Länge der Autobahnen und nicht an der Zahl der Fernsehgeräte oder der automatischen Waschmaschinen.

„Die wirkliche Kultur eines Volkes – so Will KÖNEMANN weiter – läßt sich erkennen an dem Verhalten, das ein Volk gegenüber seinen Alten und Siechen, unschuldig Kranken usw. aufbringt. Ich habe . . . gesehen, daß kleine Völker, die uns nicht im Wohlstand voraus sind, weit mehr auf diesen Gebieten tun als wir." (LV 31. 1. 1958)

Nun, es ist nicht zu übersehen, daß die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten in den Jahren nach der Psychiatrie-Enquête durchaus

verbessert worden ist. Mehr als 100 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind entstanden, Sozialpsychiatrische Dienste in nicht bekannter Zahl (Wohngemeinschaften, Heime, Arbeitsangebote). Aber jetzt geht es darum, für alle, die es angehen sollte, die sogenannte Psychiatrie-Kette, das Verbundsystem deutlich zu machen und die örtliche Versorgungsstruktur weiter auszubauen.

Es geht nicht nur um eine Humanisierung der Lebensbedingungen, es geht auch um eine kostengünstigere Lösung.

Die psychiatrische Versorgung in Duisburg

Ich möchte Ihnen die gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur im Stadtgebiet Duisburg, ihre Entstehung und Organisation darstellen, und am Beispiel „Regenbogen", wie die Aufgaben angepackt werden und die Vernetzung funktioniert.

Stationäre Versorgung

Für die Regional- und Notfallversorgung im Bereich der Allgemeinpsychiatrie stehen für Duisburg mit ca. 530 000 Einwohnern im Stadtgebiet zur Verfügung:

- Das Katholische Krankenhaus Duisburg Zentrum, Psychiatrische Abt. mit 78 Betten, Tagesklinik mit 17 Betten
- Die Städtischen Kliniken, Duisburg West, Psychiatrische Abt. mit 86 Betten, Tagesklinik 12 Betten

Darüber hinaus versorgt die Psychiatrische Abteilung des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen-Sterkrade den Duisburger Norden (100 Betten und eine Tagesklinik mit 25 Betten) und das Fliedner-Krankenhaus Lintorf/Ratingen den Süden der Stadt (60 Betten).

Die Landesklinik Viersen-Süchteln des Landschaftsverbandes Rheinland übernimmt die Spezialversorgung von Sondergruppen.

Trotz des erheblichen Rückganges der Zuweisungszahlen nach Viersen mußten 1988 noch 333 Patienten dort versorgt werden. Bei vielen dieser Patienten handelt es sich um Personen mit massiven psychischen Beeinträchtigungen und Mehrfachbehinderungen.

Eine Reihe von Duisburger Patienten, die zur Zeit dort auf Langzeitstationen leben, könnten bei entsprechender Vorbereitung und angemessener Unterbringung (Wohn- und Übergangseinrichtungen) nach Duisburg entlassen werden.

Dazu mehr zum Thema Wohnheime in Duisburg.

Ambulante und komplementäre Versorgung

Der *Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes* hält für seine vielfältigen Aufgaben 17,5 Planstellen vor. Die Entwicklung von Planungskonzepten zur Einbeziehung der regionalen Dienste und das Hinwirken auf eine noch engere Kooperationsverflechtung zwischen den an der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Beteiligten ist ein wesentlicher Schwerpunkt seiner Arbeit.

Zur Zeit praktizieren in Duisburg 17 *niedergelassene Nervenärzte*, einige davon haben eine Zulassung zur Psychotherapie. Bezogen auf die Bevölkerungszahl ergibt sich ein Verhältnis von 1 : 31 000.

Die Chefärzte der für Duisburg zuständigen Fachabteilungen verfügen über Ermächtigungsverträge.

Neben einem psychosozialen Beratungs- und Behandlungszentrum des Caritas-Verbandes, im wesentlichen als Suchtberatungsstelle und einer therapeutischen Wohngemeinschaft für Alkohol- und Medikamentenabhängige, sind in den letzten Jahren drei psychosoziale Hilfsvereine entstanden:

Psychiatrische Hilfsgemeinschaft in Duisburg-Hamborn
Kuckucksnest e. V. in Duisburg-Rheinhausen
Regenbogen e. V. in Duisburg-Mitte/Süd.

Die Psychiatrische Hilfsgemeinschaft ist ab 1977 aus der Freizeitbetreuung von Patienten aus der Landesklinik Viersen entstanden.

Kuckucksnest ist eine Entwicklung der Psychiatrischen Abteilung der Städtischen Kliniken.

Der Regenbogen ist das Ergebnis eines Arbeitskreises von Fachleuten, die eine ambulante Versorgungslücke für den Bereich Duisburg-Mitte/Süd feststellten und beseitigen wollten.

Die Vereine halten derzeit vor:

- Beratungsstellen, Kontaktzentren, ambulante Betreuung, Laienhilfe, Freizeitclubs
- je einen berufsbegleitenden Fachdienst/psychosozialen Dienst zur Beratung und Betreuung am Arbeitsplatz
- 58 Plätze „Betreutes Wohnen"
- Beschäftigungsangebote, Trainingsmaßnahmen

Nach Darstellung des Gesundheitsamtes der Stadt Duisburg vom Februar 1989 werden von diesen drei Vereinen z. Z. beschäftigt:

24 Mitarbeiter, regelfinanziert
28 Mitarbeiter, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen
5 Zivildienstleistende

Der Einsatz von AB-Maßnahmen wird zwar begrüßt, birgt aber in sich die Unsicherheit des ständigen Wechsels und die Gefahr des absoluten Ausfalls bestimmter Leistungen.

Also müssen dringend weitere Lösungen für eine Regelfinanzierung gesucht werden.

Ich werde zum Schluß noch einmal darauf zu sprechen kommen.

Die Hilfsvereine in der Stadt Duisburg liegen in ihrer Ausrichtung der ambulanten und komplementären psychosozialen Versorgung und der koordinierten Aktivitäten auf der Linie der vorherrschenden Fachmeinung für ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem. Eine besondere Abstimmung sollte erfolgen mit den Sozialstationen in NRW, wenn jeder zwei psychiatrieerfahrene Krankenpflegekräfte durch das Land beigegeben werden.

Was fehlt, sind die auf die Besonderheiten alter psychisch kranker Menschen speziell zugeschnittenen Angebote, die Planung und Koordinierung der gerontopsychiatrischen Versorgung entsprechend der Steigerung der Zahl der alten Menschen in den nächsten Jahren.

Die Duisburger Hilfsvereine sind bereit, in ihrem jeweiligen Sektor alle ambulanten und teilstationären Angebote für jede Patientengruppe vorzuhalten.

Die Hilfsgemeinschaften haben Felder besetzt, die von den klassischen Wohlfahrtsverbänden nicht genügend oder gar nicht wahrgenommen worden sind. Deshalb ist ihnen auch ein Mitspracherecht bei der regionalisierten Versorgung einzuräumen.

Vor allem fehlen die personellen Kapazitäten für den Aufbau von Kriseninterventionsdiensten und Tagesstätten.

Es ist aber keine Frage, daß sich die SPZ's – *Sozialpsychiatrischen Zentren* – als geeignet gezeigt haben, chronisch kranke Menschen außerhalb der stationären Versorgung zu betreuen. Gleichzeitig läßt sich ein *Rückgang von Langzeitpatienten bzw. Sozialhilfe-Patienten mit zunehmender Tendenz in den Rheinischen Landeskliniken* feststellen, wie die Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland in einer Vorlage vom April 1989 feststellt.

Von den SPZ's sind also positive Einflüsse auf die psychosoziale Versorgung in der betreffenden Region ausgegangen.

Die Fördersituation 1988 nach Darstellung des Gesundheitsamtes, ohne die Finanzierung der AB-Maßnahmen durch das Arbeitsamt, stellt sich wie folgt dar:

Für Personal- und Sachkosten aus städtischen Mitteln	274 793 DM
Vom Landschaftsverband Rheinland	326 680 DM
von der Hauptfürsorgestelle	296 000 DM

Außerdem sind 185 000 DM Landeszuschuß seit Beendigung des Modellprogramms Psychiatrie an einen Verein geflossen.

Was fehlt, sind Räumlichkeiten. Die Stadt hat in drei Schulen Raum für Kontaktzentren oder Werkstätten gegen geringe Mietkosten zur Verfügung gestellt. Aber anonsten müssen die Vereine alles auf dem Markt teuer bezahlen.

Diese Kosten werden überwiegend aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden finanziert.

Bereits 1985 schließen die drei Vereine im sogenannten *Duisburger Modell, Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Hilfsvereine,* einen *Kooperationsvertrag,* in dem es u. a. heißt:

- Die Vereine beschränken ihre Tätigkeit auf die nachfolgend genannten Bereiche:

Kuckucksnest – Duisburg-West,	für 124 000 Einwohner
Regenbogen – Duisburg-Süd/Mitte	für 192 000 Einwohner
Psychiatrische Hilfsgemeinschaft – Duisburg-Nord	für 212 000 Einwohner

- Die Vereine werden sich in Zukunft in allen sie betreffenden Fragen verständigen und kooperieren.

Dieser Kooperationsvertrag wird zur Zeit mit dem Ziel weiterer Vereinbarungen beraten, z. B.

- der Einrichtung einer gemeinsamen Abrechnungsstelle von Fördermitteln
- verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. – Bei Radio Duisburg ist eine wöchentliche Sendezeit von 15 Minuten beantragt worden.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß das Gesundheitsamt mit seinem Sozialpsychiatrischen Dienst die Arbeit nicht nur wohlwollend betrachtet, sondern die Hilfsvereine auch strukturierend und koordinierend begleitet. In diesen Tagen wird ein Psychiatrie-Plan vorgelegt.

Regenbogen – Verein zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung e. V., der als gemeinnützig anerkannt ist, hat die Vor- und Nachsorge für psychisch Kranke und Behinderte in Duisburg-Mitte/Süd übernommen. Er ist Mitglied im Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt Duisburg, im Dachverband psychosozialer Hilfsgemeinschaften in Bonn und im Vorstand der AGPR, Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland, vertreten.

Ziele und Aufgaben des Vereins sind die Planung und Durchführung von Projekten und Tätigkeiten, die geeignet sind, am Rande der Gesellschaft stehende und benachteiligte Menschen in sämtliche Lebenszusammenhänge einzugliedern.

Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Bereichen Ausbildung, Lernen, Arbeit, Freizeit, Wohnen, Forschung und Beratung.

Regenbogen e. V. besteht erst 5 Jahre und hat in dieser kurzen Zeit im Rahmen des regionalen Versorgungsauftrages in seinem Zuständigkeitsbereich eingerichtet:

- eine Kontakt- und Beratungsstelle, ambulanter Dienst
- einen Berufsbegleitenden Fachdienst
- Wohngruppen
- Freizeitclubs
- Beschäftigungsangebote, Trainingsmaßnahmen

Neben den 5 hauptamtlichen Mitarbeitern, für die eine Regelfinanzierung über unterschiedliche Kostenträger erreicht werden konnte, arbeiten weitere 18 Personen, die über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen oder als Zivildienstleistende finanziert werden. 1988 wurden vom örtlichen Arbeitsamt 510 000 DM aufgewandt. In den genannten Bereichen werden eingesetzt:

1 Dipl.-Psychologe
4 Dipl.-Pädagogen
3 Dipl.-Sozialpädagogen
2 Erzieherinnen
3 Arbeiterinnen
2 Bürokauffrauen
1 Einzelhandelskauffrau
1 Schneiderin
1 Journalist
1 Schreinermeisterin
1 Schreiner
1 Schlosser
2 Zivildienstleistende

Bereits im Juli 1984 wird mit dem *Fliedner-Krankenhaus Ratingen-Lintorf* eine *Kooperationsvereinbarung* geschlossen, in der es u. a. heißt:

- Einrichtung und Betreuung von Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen. Der Verein wird vorzugsweise ehemalige Fliedner-Krankenhaus-Patienten aus dem Duisburger Einzugsbereich in die Wohngemeinschaften aufnehmen.
- Fliedner-Krankenhaus und Regenbogen verpflichten sich zu einer kollegial-kooperativen Zusammenarbeit.
- Die Mitgliedschaft einiger (auch leitender) Mitarbeiter des Fliedner-Krankenhauses im „Regenbogen" stellt eine gute Ausgangsbasis dar.

Dann kommt das *Katholische Krankenhaus Duisburg-Zentrum* hinzu, und es wird eine weitergehende *Kooperationsvereinbrung* konzipiert:

- Beide Einrichtungen verstehen sich als Teile eines psychosozialen Netzes und arbeiten nach den Prinzipien einer gemeindeintegrierten Versorgung.
- Die Hauptaufgabe des Regenbogens besteht im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Abteilung in der Begleitung und Weiterbetreuung von Patienten nach der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Behandlung, ergänzend zur ärztlichen Weiterbetreuung.
- Die Hauptaufgabe der Abteilung besteht in der stationären oder teilstationären Aufnahme von Klienten, die sich in der Betreuung des Regenbogen befinden.
- Es finden regelmäßige und dichte Kontaktgespräche zwischen beiden Einrichtungen statt.
- Über die Arbeit mit gemeinsamen Patienten bzw. Klienten hinaus bestehen folgende Absichten:
  - Es wird eine gemeinsame Fortbildungsarbeit angestrebt.
  - Ein zeitlich begrenzter Austausch von Mitarbeitern ist erwünscht und soll gefördert werden.
  - Gemeinsame Aktivitäten in den Bereichen Freizeitangebot und Öffentlichkeitsarbeit werden angestrebt.

Der Abteilungsarzt ist Mitglied des Vorstandes des Vereins und ist an der Fachaufsicht beteiligt.

Die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Regenbogen-Treff

Aufsuchend-ambulanter Dienst

Es werden Hausbesuche auf Anfrage der Betroffenen, der Angehörigen, von Nachbarn und Kollegen anderer Einrichtungen durchgeführt.

Bei 57 Personen sind 490 Besuche oder Begleitungen zu Behörden, Ärzten etc. durchgeführt worden. Der Anteil dieser Hilfen liegt bei 58% für Frauen. 17 Personen sind häufiger als zehnmal besucht worden und zählen zu den intensiver betreuten Klienten. Der Hauptanteil der Klienten ist im Anschluß an einen Krankenhausaufenthalt betreut worden. Inzwischen werden ca. ein Drittel der Hausbesuche auch bei den Treff-Besuchern durchgeführt, die zunehmend ambulante Hilfe erbitten.

Nach wie vor handelt es sich bei ca. zwei Dritteln der ambulant betreuten Klienten um solche, die nur zu Hause betreut werden können, da sie aus Krankheits- und Altersgründen nicht in die Beratungsstelle kommen können.

Krankenhaus-Kooperation

Für den Einzugsbereich Duisburg-Mitte/Süd sind, wie geschildert, drei Krankenhäuser zuständig. Das Krankenhaus Duisburg-Zentrum wird seit 1985 wöchentlich besucht, die beiden anderen monatlich.

Bei diesen Kontakten werden mit den Ärzten und dem Pflegepersonal die Krankheitsbilder sowie die nach der Entlassung notwendige Betreuung besprochen.

Im Rahmen dieser Krankenhausbesuche sind zu 208 Personen 715 Kontakte aufgenommen worden. Viele Patienten sind bekannt gewesen, da sie mittlerweile zur Klientel gehören.

Die Zahlen belegen deutlich, daß im Landeskrankenhaus Viersen fast keine Patienten mehr aus unserem Einzugsbereich aufgenommen worden sind. Auch die Patientenzahl im Fliedner-Krankenhaus ist stark gesunken. Das ortsnahe zentral gelegene Marien-Hospital Duisburg/Zentrum wird von fast allen Klienten bevorzugt. Der Anteil der Frauen ist mit fast 60% signifikant hoch.

Wir machen die Erfahrung, daß ein hoher Arbeitsaufwand, d. h. sehr viele Kontakte zu sehr vielen Patienten nötig ist, um die notwendigen Nachbetreuungen zu gewährleisten.

Beratungs- und Angehörigenarbeit

Es wird die Möglichkeit zu Beratungsgesprächen für Betroffene und Angehörige geboten. *Es gibt keine oder nur kurze Wartezeiten.* Angehörige treffen sich außerdem in einer gesonderten Gruppe alle 14 Tage.

Häufig erfolgt auf dem Wege über die Angehörigen die erste Kontaktaufnahme mit den Betroffenen.

Regenbogen-Treff

Der Bereich mit der größten Anzahl von Kontakten und Besuchern ist der Regenbogen-Treff. Der Treff ist täglich von 10–18 Uhr geöffnet. Wegen der sehr begrenzten Raumkapazität ist eine tägliche Besucherausweitung, derzeit 15–20 Personen, kaum möglich.

Seit 1985 ist eine stetige Zunahme der Frauen zu verzeichnen, von 20% auf nunmehr 40%. Dies prägt die Atmosphäre in belebender Weise. Im Freizeitbereich werden Beschäftigungsgruppen angeboten.

Freizeitclubs/Gesprächskreise

Ergänzend zum Treff gibt es Freizeitclubs und Gesprächskreise in drei Stadtteilen. Angeboten werden sie an drei Abenden von 18.00 bis 21.00 Uhr.

Zusammenfassend ist aus den vorliegenden Berichten und Statistiken zu entnehmen, daß die Anzahl der Klienten, die schon 1987 mit 802 außerordentlich hoch war, sich noch ein wenig gesteigert hat.

Gesamt-Statistik 1988

	Personen	*w*	*m*	*Kontakte*
Treff	*445*	*184*	*261*	*5557*
Gesprächskreise	*40*	*20*	*20*	*866*
Beratungen	*66*	*36*	*30*	*371*
Angehörigen-Arbeit	*15*	*13*	*2*	*121*
ambulante Betreuung	*57*	*38*	*19*	*490*
Krankenhaus-Kooperation	*208*	*122*	*86*	*715*
gesamt	*813*	*413*	*418*	*8120*

Berufsbegleitender Fachdienst/Psychosozialer Dienst

Der von der Hauptfürsorgestelle finanzierte Dienst, durch den Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz wahrgenommen werden, gewährt Hilfen für psychisch Behinderte, deren Arbeitsplatz durch die Erkrankung gefährdet ist.

Zwei Mitarbeiter auf je einer halben Stelle betreuen nach den Förderungsrichtlinien 15–20 Personen. Dazu kamen im letzten Jahr ca. 50 Beratungen.

Das Arbeitsfeld erstreckt sich auf 40–50 Firmen, von der Mannesmann AG und der Thyssen AG bis hin zu mittleren Unternehmen, auch außerhalb Duisburgs.

Der Bedarf ist größer.

Der BFD wird den Klienten von Betrieben, niedergelassenen Ärzten und Fürsorgestellen empfohlen.

Betreutes Wohnen

Im letzten Jahr wurden 16 Personen in 4 Wohngemeinschaften und drei Einzelwohnungen, 3 Frauen und 13 Männer im Alter von 18–59 Jahren betreut.

Die wirtschaftliche Situation der Klientel stellte sich wie folgt dar:

4 Personen Übergangsgeld
4 Personen Arbeitslosengeld
4 Personen Rente
3 Personen Sozialhilfe
1 Personen Arbeitsstelle

12 Personen wurden von Kliniken und 4 Personen von ambulanten Diensten zugewiesen. Monatlich gibt es ca. 3 Anfragen.

Alle Klienten sind mittlerweile befähigt, alle Notwendigkeiten eines Haushalts zu erledigen.

Bei 10 Klienten konnten Trainingsmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung oder Berufstätigkeit eingeleitet werden. Für eine optimale materielle Absicherung jedes Klienten stehen die Mitarbeiter des WG-Bereichs durch Beratung bzw. konkrete Hilfeleistung zur Verfügung.

Individuelle und gemeinsame Möglichkeiten/Neigungen zur Freizeitgestaltung aller Klienten werden angeregt und aktiv mitgestaltet.

Es zeigt sich, daß die Betreuung von psychisch Kranken im Rahmen des Betreuten Wohnens für die Betroffenen nach häufigen und langen Klinikaufenthalten ein hohes Maß an wiedergewonnener Eigenständigkeit und Lebensqualität bedeutet. Besonders für die chronisch schwer erkrankten Klienten, die vorher als hoffnungslose Drehtürpatienten galten, konnten ganz neue Lebensperspektiven entwickelt werden, auch wenn langfristig noch keine umfassende Verselbständigung sichtbar wird.

1988 konnten Zahl und Dauer der Aufenthalte von Klienten auf psychiatrischen Stationen niedrig gehalten werden. Es zeigt sich auch wieder, daß *„Betreutes Wohnen"* neben der Verbesserung der Lernsituation der Klienten ebenfalls *eine finanzielle Entlastung der Sozialhilfeträger, Arbeitsämter und Krankenkassen* bedeutet. Eine schwierige Aufgabe wird sich dann ergeben, wenn jetzt laufende Arbeitstrainingsmaßnahmen abgeschlossen werden und geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt gefunden werden müssen.

Für den Erfolg dieser Arbeit möchte ich ausnahmsweise mal an zwei Beispielen berichten:

Beispiel Nr. 1

Alter der Bewohner: 1 Mitte 20, 2 Ende 30, 1 Ende 40
Geschlecht: 4 Männer
Soziale Situation: 1 Frührentner, 3 Sozialhilfeempfänger
Vermittlung: alle 4 Bewohner durch Pflegschaften

Inhaltlich ging es bei der Betreuungsarbeit in dieser WG vornehmlich um praktische Lebensführung, Selbstversorgung und insbesondere um den Umfang mit der Behinderung.

Ein Bewohner, der nach häufigen und langen Klinikaufenthalten mit schlechter Prognose aufgenommen worden war, bedarf jetzt seit über 3 Jahren keines Klinikaufenthaltes mehr.

Ein Klient konnte nach Aufnahme einer tragfähigen Partnerschaft in die Eigenständigkeit entlassen werden.

Bei zwei Klienten konnten wiederholte kurze Klinikaufenthalte aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht vermieden werden.

Beispiel Nr. 2

Alter der Bewohner: Anfang bis Ende 20
Geschlecht: 2 Frauen, 1 Mann
Soziale Situation: 2 Bewohner in Arbeitstrainingsmaßnahmen
1 Bewohner arbeitslos
Vermittlung: durch Kliniken

Im Vordergrund der Betreuung dieser verhältnismäßig jungen Klienten stand der Versuch, ein möglichst intaktes soziales Umfeld zu schaffen.

Bei einer Klientin standen in der ersten Jahreshälfte Eltern-Gespräche im Vordergrund. Damit konnte erreicht werden, daß die Klientin Trennungs- und Individuationsängste bewältigte. Inzwischen ist diese Bewohnerin auf dem Wege, berufliche Perspektiven zu entwickeln und zu verwirklichen. Während zu Beginn des Jahres Kriseninterventionen bei dieser Klientin häufig erforderlich waren, gab es zum Ende des Jahres hin hierzu kaum noch Anlaß.

Angehörigenarbeit in Form von Paargesprächen dienten bei einer weiteren Klientin zur Vorbereitung auf den für das nächste Jahr geplanten Auszug aus der WG. Diese Bewohnerin möchte im kommenden Jahr mit ihrem Verlobten in eine gemeinsame Wohnung ziehen.

Bei dem dritten Bewohner ging es in erster Linie um die Förderung der Krankheitseinsicht, Erlernen von sozialen Kompetenzen und um berufliche Wiedereingliederung. Derzeit nimmt dieser Klient an einer Arbeitstrainingsmaßnahme teil.

Wohn- und Übergangsheim

Ein Bedarf für Duisburg ist auf 234 Plätzen errechnet worden. Tatsächlich gibt es nur 44 Plätze im nördlichen Stadtgebiet, die von der Diakonie vorgehalten werden.

Regenbogen hat jetzt vom Kostenträger „Überörtliche Sozialhilfe" die Errichtung von 40 Plätzen für Duisburg-Mitte/Süd im Rahmen der regionalisierten Versorgung genehmigt bekommen. Das rehabilitativ orientierte Wohnheim mit unbefristeter Aufenthaltsmöglichkeit und niedriger Zugangsschwelle soll mit einer zentralen Wohneinheit von 15–20 Plätzen begonnen und mit Außenwohngruppen für je 2–4 Bewohner fertiggestellt werden.

Es ist geplant, eine gemeinnützige GmbH als Tochtergesellschaft zu gründen, und die Einrichtung Ende 1990 in Betrieb zu nehmen. Diese Wohnheimplätze sind vorrangig vorgesehen für Langzeitpatienten aus der Landesklinik Viersen.

Trainingsmaßnahmen, Beschäftigungsangebote

Die Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen in den Arbeitsmarkt scheitert häufig daran, daß für die spezifischen Leistungseinschrän-

kungen bzw. -schwankungen kaum Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. Zudem fehlt es an geeigneten Trainings- und Reha-Einrichtungen, die den besonderen Problemen psychisch kranker Menschen Rechnung tragen.

Im Rahmen einer 2jährigen Arbeitsbeschaffungsmaßnahme wurden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten untersucht, die den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen entsprechen.

Auf der Grundlage der dabei gewonnenen Ergebnisse wurden Konzepte für die Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten entwickelt.

Aufbauend auf diese Konzepte richtete der Verein ein:

- eine Werkstatt für Arbeitstherapie, die für tagesstrukturierende und arbeitstherapeutische Maßnahmen zur Verfügung steht (REWAT),
- einen Kurier- und Transportdienst (RETRANS), der Zuverdienst durch stundenweise Beschäftigung anbieten kann,
- eine Arbeitstrainingsmaßnahme in einer Holzwerkstatt mit EDV-Grundlagenvermittlung für Lagerwesen.

Dieses Projekt wird vom Arbeitsamt Duisburg als erste Arbeitstrainingsmaßnahme dieser Art in NRW seit Oktober 1988 für 1 Jahr finanziert. Die tägliche Arbeits- und Unterrichtszeit beträgt insgesamt 8 Stunden.

An dieser berufsfördernden Maßnahme nehmen 6 Personen teil; in den Zweckbetrieben arbeiten durchschnittlich 14 Klienten.

Die Werkstatt für Arbeitstherapie und der Kurier- und Transportdienst wurden als Zweckbetriebe gegründet.

Für alle vorhandenen Projekte gilt, daß sie ausgebaut und stabilisiert werden müssen.

Die weiterhin notwendigen Aufgaben lassen sich wie folgt beschreiben:

- eine Erweiterung der Zweckbetriebsmodelle unter der besonderen Berücksichtigung der Belastungsstrukturen psychisch kranker Menschen,
- die Entwicklung und Errichtung von Modellen, die Dauerarbeitsplätze für diesen Personenkreis erlauben,
- die Entwicklung und Erprobung von Arbeitsorganisationsformen für eine dauerhafte (nur durch krankheitsbedingte Fehlzeiten erschwerte) Beschäftigung,
- die Entwicklung von Konzepten für Trainingsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen aus Büro- und Verwaltungsberufen als Hilfe zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Es mangelt trotz eindeutiger Forderungen der Expertenkommission des Bundes noch immer an solchen Angeboten.

Das sinkende Angebot an „Nischen-Arbeitsplätzen" macht es immer schwieriger, einen Arbeitsplatz zu finden.

Auf fast privater Initiative eines Mitarbeiters (Dipl.-Pädagoge) ist in diesen Tagen LAURAS LADEN eröffnet worden.

Es ist ein Kinderbekleidungsgeschäft mit neuer und gebraucher (Second-Hand, 2. Wahl) Bekleidung. Und es gibt ein Angebot von Holzspielzeugen in einer Spielecke und Kleinmöbeln, die alle in der eigenen Holzwerkstatt hergestellt werden.

Der Laden konnte mit Investitionskostenunterstützung der Hauptfürsorgestelle aus Mitteln der Ausgleichsabgabe eingerichtet werden, und das Arbeitsamt übernahm für eine begrenzte Zeit eine Mitfinanzierung zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Behinderte.

Im Bereich Sozialpädagogische Beratung und Hilfen bei arbeitsrechtlichen, kassenrechtlichen, sozialversicherungs- und anderen Fragen, die immer stärker auftreten, werden gegenwärtig 40 Klienten betreut.

Finanzierung

Unter dem Aspekt der Kostenfrage wurde der Reform der psychiatrischen Versorgung wiederholt zum Vorwurf gemacht, daß sie ungerechtfertigt Bedürfnisse wecke und dementsprechend ungerechtfertigt Kosten verursache.

Vorliegende Erfahrungen mit einer umstrukturierten Versorgung haben diesen Vorwurf jedoch entkräftet.

Es besteht zwar ein großer Bedarf an ambulanter und komplementärer Behandlung und Betreuung, dieser deckt jedoch ausschließlich jene krankheitsbedingten Bedürfnisse ab, die entweder vor der Reform nicht wahrgenommen oder unversorgt hingenommen wurden.

Zwangsläufig erfordert die Umstrukturierung der Versorgung auch eine Umstrukturierung der bisherigen Finanzierung. Es kann nicht hingenommen werden, daß Kostenersparnisse der Sozialleistungsträger zu Lasten der Sozialhilfe gehen.

Die Neuordnung der Finanzstrukturen ist eine vordringliche gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe.

Da sich die bundesweit entwickelten ambulanten und komplementären Behandlungs- und Betreuungsangebote als Bestandteil einer differenzierten Versorgungsstruktur bewährt haben, bin ich der Auffassung, daß diese im Zuge der Regelleistungen der Kranken- und Rentenversicherung finanziell abzudecken sind.

Was die Förderung von Arbeit angeht, operieren die Hilfsvereine zwischen dem Etat des Arbeitsamtes und des Sozialfonds der EG.

Stellen Sie sich vor, die Leistungen der Arbeitsämter bei den Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für diesen Bereich, ein Teil wird schon eingeschränkt, würde morgen eingestellt!

Die Hälfte der Angebote der 3 Hilfsvereine würde sofort erliegen, wenn nicht eine andere Finanzierungslösung gefunden würde. Es ist ohnehin fraglich, was ab Herbst dieses Jahres geschieht!

Der Stellenwert der ambulanten gemeindeintegrierten Versorgung verringert sich.

Neue Förderrichtlinien sind wegen der Verkürzung der Arbeitszeiten im öffentlichen Dienst ohnehin erforderlich.

Zusammenfassung

Die gemeindeintegrierte und regionalisierte Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten in Duisburg funktioniert.

Die psychiatrischen Abteilungen der Krankenhausträger und Hilfsgemeinschaften sind untereinander durch Kooperationsvereinbarungen vernetzt.

Die Duisburger Hilfsvereine sind bereit, in ihrem jeweiligen Sektor alle ambulanten und teilstationären Angebote für jede Patientengruppe vorzuhalten. Sie halten schon jetzt vor:

Kontaktzentren
Berufsbegleitenden Fachdienst
Plätze für Betreutes Wohnen
Beschäftigungsangebote

Die Hilfsvereine haben Felder besetzt, die von den traditionellen Wohlfahrtsverbänden nicht genügend oder gar nicht wahrgenommen worden sind. Deshalb ist ihnen auch ein Mitspracherecht bei der regionalen Versorgung einzuräumen.

- Was fehlt, ist die Aufstockung der Plätze für Betreutes Wohnen.
  Wohnung ist kaum zu beschaffen. Kaufen ist angesagt.
- Was fehlt, sind Tagesstätten und Wohnheimplätze zur ortsnahen Unterbringung von chronisch psychisch Kranken aus den Landeskliniken und häusliche psychiatrische Pflege –
  Regenbogen gründet eine gemeinnützige GmbH zur Realisierung einer Einrichtung mit ca. 40 Plätzen.
- Was fehlt, ist ein Kriseninterventionsdienst.
- Was fehlt, sind die auf die Besonderheiten alter psychisch kranker Menschen speziell zugeschnittenen Angebote.
- Die Personalkapazitäten sind ausgelastet. Bessere Fortbildung ist notwendig.
- Die derzeitigen Leistungen durch die Hilfsvereine werden zu 50% mit Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen erbracht, mit der Situation des ständigen Wechsels und der Gefahr der Leistungsverminderung bei Ausfall.
  Die Leistungen sind dauerhaft zu finanzieren durch Regelleistungen der Kranken- und Rentenversicherung.

- Beschäftigungsmöglichkeiten und Trainingsmaßnahmen müssen stabilisiert und erweitert werden.
  Die Arbeitszeitverkürzungen im öffentlichen Dienst sind durch neue Förderrichtlinien auszugleichen.
  Angestrebt werden sollte weniger Bürokratie bei der Förderung, das würde den Klienten zugute kommen.
  Gut wäre eine Bündelung der Finanzierungsmöglichkeiten, damit der Verwaltungsaufwand gering gehalten werden kann.

Die Abteilung Gemeindepsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und die Kooperation mit den Gesundheitseinrichtungen in der Stadt

B. Voges

Bei der Absprache meines Themas wurde mir die Aufgabe gestellt, nicht in erster Linie einzelne Einrichtungen oder deren direkt patientenbezogene Versorgungsarbeit zu schildern, sondern in Hinsicht auf das Generalthema der diesjährigen Tagung – nämlich: Konzept des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes" – vielmehr über die bestehende Einbindung von Versorgungskomponenten in die örtliche Versorgungsstruktur, die Zusammenarbeit zwischen frei-gemeinnützigen und kommunalen Diensten und Einrichtungen sowie die planerische Zielsetzung und Schritte ihrer Umsetzung zu berichten. Weiter wird gefragt, ob die Kooperation gelingt und überschaubare Versorgungsstrukturen entstanden sind.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben werde ich zunächst das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZSG) beschreiben, dann die Abteilung Gemeindepsychiatrie vorstellen und abschließend Vergleiche der komplementären psychiatrischen Versorgung Mannheims mit dem von der Expertenkommission empfohlenen Konzept des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes" ziehen.

Mannheim, die zweitgrößte Stadt in Baden-Württemberg, hat ca. 300000 Einwohner. Sie verfügt mittlerweile über ein Netz psychiatrischer Institutionen und Dienste von beträchtlichem Umfang, womit nicht gesagt sein soll, daß bereits alles erreicht ist und nichts mehr der Weiterentwicklung bedarf. Aber im Vergleich zu vielen anderen Kommunen ist in den letzten 15 Jahren aus einer Situation des Mangels heraus ein reichhaltiges Angebot aufgebaut worden (1).

Mannheim besaß für die stationäre psychiatrische Versorgung seiner Bevölkerung bis 1975 nur das ca. 35 km entfernt gelegene Psychiatrische Landeskrankenhaus Wiesloch. Wenige niedergelassene Nervenärzte standen für die ambulante Behandlung zur Verfügung. Im komplementären Bereich gab es nur eine Außenfürsorgestelle des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch am Gesundheitsamt Mannheim und seit 1966 einen ersten Patientenclub. Allerdings wurde auf Initiative des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch bereits 1958 in Mannheim eine Arbeitstherapeutische Werkstätte mit anfangs 15 Plätzen für aus stationärer Behandlung entlassene Mannheimer Bewohner ins Leben gerufen. Die Gesamtsituation, vor allem unter dem Gesichtspunkt gemeindepsychiatrischer Versorgung, war jedoch alles andere als zufriedenstellend und entsprach damit dem wenig erfreulichen Bild der allgemeinen Lage der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre (3).

Daß sich diese Situation in Mannheim änderte, ist Folge günstiger Umstände und zielgerichteter Aktivitäten. Zur Erläuterung bedarf es eines kurzen zeitlichen Rückblicks. Als nach dem 2. Weltkrieg langsam wieder eine Hinwendung zum Ausland möglich wurde, registrierten einige Psychiater, daß sich in den 50er und 60er Jahren zunächst vor allem in Englang und in den Vereinigten Staaten eine Änderung der Bewertung psychiatrischer Versorgung entwickelt hatte, als deren Konsequenzen in England 1959 der Mental Health Act erlassen wurde, dessen Ziel es vor allem war, psychiatrische Großkrankenhäuser aufzulösen. Dafür sollten in den Krankenhäusern der Gemeinde psychiatrische Abteilungen auf- und ausgebaut und mit halbstationären und ambulanten Einrichtungen ergänzt werden. In den Vereinigten Staaten führte 1963 eine Gesetzesvorlage zur Errichtung gemeindepsychiatrischer Zentren. Die psychiatrische Versorgung sollte gemeindenah oder besser gemeindeintegriert erfolgen. Vorbeugung wie auch die Behandlung und Nachsorge psychischer Störungen sollten nicht weitab hinter Anstaltsmauern geschehen, sondern dort erfolgen, wo sie entstünden, nämlich im sozialen Umfeld. Damals wurden zwischenmenschliche und soziale Verflechtungen als Ursache psychischer Erkrankungen sehr in den Vordergrund gerückt. Heute finden in der Annahme einer multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen auch wieder genetische und perinatale Aspekte die ihnen zustehende Berücksichtigung.

Die Bedeutung der neuen Entwicklung im Ausland wurde sehr früh in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, nur ca. 15 km von Mannheim entfernt, vom damaligen Ordinarius Prof. von Baeyer und einigen seiner ärztlichen Mitarbeiter, darunter auch Prof. Häfner, erkannt. Daß sich gerade im Heidelberg-Mannheimer Raum zukunftsorientierte Aktivitäten und ein Bewußtsein für soziale Fragen etablierten, liegt sicher ein Stück in der Tradition dieser Region begründet (5). Eher zufällig mag es gewesen sein, daß auf kommunaler Ebene zur selben Zeit in Mannheim ein Sozialbürgermeister tätig war – nämlich Dr. Martini –, der seine Fähigkeiten und Kräfte darauf verwandte, die Gesundheitseinrichtungen und hierunter auch die psychiatrische Versorgung in Mannheim zu verbessern. Interessen der Psychiater der Heidelberger Universität und Interessen der Stadt Mannheim führten zur Bildung eines Vereins. 1965 plante dieser „Verein zur Errichtung und Förderung eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung e. V." zusammen mit der damals bereits konzipierten zukünftigen II. Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg die Errichtung eines solchen modernen Forschungs-, Ausbildungs- und Therapiezentrums in Mannheim. Es sollte als überregionales Modellinstitut die in den anderen Ländern auf diesem Gebiet gewonnenen Erfahrungen auf deutsche Verhältnisse anpassen und auswerten. Aus diesem Plan ging das heutige Zentralinstitut für Seelische Gesundheit hervor, das seine Tätigkeit 1975 aufnahm.

1968 war an der Universität Heidelberg unter Leitung von Prof. Häfner bereits eine Sozialpsychiatrische Klinik eingerichtet worden. Ihre Aufgabe bestand darin, Forschungs- und Behandlungsprogramme sowie ein Stammpersonal aufzubauen, um die wichtigsten Funktionen des geplanten Modellinstituts realisieren zu können. Ein Forschungsteam dieser Sozialpsychiatrischen Klinik führte in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten der Stadt Mannheim, mit dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch, einer großen Zahl anderer Kliniken innerhalb und außerhalb von Mannheim, mit dem Staatlichen Gesundheitsamt und mit allen städtischen, frei-gemeinnützigen und privaten Sozialdiensten Mannheims eine Studie durch, die Häfner und Mitarbeiter 1969 unter dem Titel „Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965" veröffentlichten (6).

Mitten in der Stadt, dort wo nach der Inzidenzstudie die Anzahl psychiatrischer Ersterkrankungen besonders hoch war, stellte die Mannheimer Kommune ein Baugrundstück zur Verfügung, um dem Institut eine optimale Erfüllung seiner gemeindeorientierten Aufgaben, die neben der Forschung gleichrangig erfolgen sollten, zu gewährleisten. Das Institut stellte sich die Aufgabe, für Mannheim das Modell einer modernen psychiatrischen Versorgung und Behandlung der Bevölkerung in enger kollegialer Zusammenarbeit mit dem Klinikum Mannheim der Universität Heidelberg, mit den niedergelassenen Ärzten und allen sozialen Einrichtungen anzubieten, die in der Betreuung seelisch Kranker tätig sind.

Zur Verwirklichung des ZSG waren viele Hürden zu überwinden, deren Erörterung an dieser Stelle zu weit führen würde. Erwähnt sei aber, daß damals das Kultusministerium des Landes Baden-Württemberg den Wissenschaftsrat um Stellungnahme zur Förderungswürdigkeit des Modellinstituts bat, die bejaht wurde. Ebenfalls sprach sich der Landesausschuß für Rehabilitationsmaßnahmen des Landes Baden-Württemberg für die Errichtung des Instituts aus. Die Baukosten von ca. 40 Millionen DM wurden von der Stiftung Volkswagenwerk, der Bundesrepublik Deutschland und dem Land Baden-Württemberg, das auch die laufenden Kosten trägt, erbracht.

Dieser Exkurs soll zum einen das Verständnis für den Hintergrund der psychiatrischen Versorgung Mannheims fördern, zum anderen die positiven Konsequenzen einer guten Kooperation und Koordination verdeutlichen, die ja auch von der Expertenkommission in kaum zu überschätzender Bedeutung für das Gelingen eines „Gemeindepsychiatrischen Verbundes" angesehen werden.

Ich will nun einen orientierenden Überblick zum Aufbau und zur Organisation des ZSG und der Abteilung Gemeindepsychiatrie geben und anschließend Strukturen, Dienste und Einrichtungen sowie deren Zusammenarbeit in Mannheim mit Bezug auf das Konzept des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes" der Expertenkommission erläutern.

Abbildung 1: Medizinisch-psychiatrische Einrichtungen und Dienste für psychisch Kranke in Mannheim (ca. 300 000 Einwohner)

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik mit Ambulanz
- Psychosomatische Klinik mit Ambulanz
- Psychiatrische Klinik mit Ambulanz
- Altentagesklinik
- Tagesklinik
- Abteilung Gemeindepsychiatrie
- 24stündiger Bereitschaftsdienst im Institut und Klinikum
- Konsiliardienst im Klinikum

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Wiesloch

Praxen niedergelassener Nervenärzte

Gesundheitsamt

Kreispflegeheim

Auf der Abbildung 1 sind medizinisch-psychiatrische Institutionen, d. h. Einrichtungen und Dienste für psychisch kranke Einwohner der Stadt Mannheim zusammengestellt, in denen neben anderen Berufsgruppen auch Ärzte beschäftigt sind. Ich beginne mit einer vereinfachten Darstellung der Gliederung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit. Neben Forschungseinrichtungen sind unter einem Dach drei Kliniken untergebracht. Es handelt sich um die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik mit 48 Betten, die Psychosomatische Klinik mit ebenfalls 48 Betten sowie die Psychiatrische Klinik mit 106 Betten. Jeder Klinik ist eine Ambulanz zugeordnet. Zur Psychiatrischen Klinik gehören eine im Institut selbst untergebrachte Altentagesklinik mit 12 Plätzen und eine außerhalb angesiedelte Tagesklinik mit 20 Plätzen. Die Abteilung Gemeindepsychiatrie ist eine von acht Institutsabteilungen – andere sind z. B. die Abteilung für Neuroradiologie, Klinische Psychologie und Medizinsoziologie. Zur Notfallversorgung und Krisenintervention steht ein 24stündiger ärztlicher Bereitschaftsdienst im Institut und im Klinikum zur Verfügung. Zudem leisten vier Ärzte des Instituts im Klinikum tagsüber Konsiliardienst. Weitere medizinisch-psychiatrische Kerneinrichtungen für psychisch kranke Mannheimer Einwohner sind das Psychiatrische Landeskrankenhaus Wiesloch, die Praxen niedergelassener Nervenärzte und die Abteilung Gesundheitshilfe im Gesundheitsamt. Ein Kreispflegeheim steht unter ärztlicher Leitung, gehört aber in engerem Sinn zu begleitenden und ergänzenden Einrichtungen, die in Abbildung 2 wiedergegeben sind.

Abbildung 2: Begleitende und ergänzende Einrichtungen und Dienste für psychisch Kranke in Mannheim (ca. 300 000 Einwohner)

Wohnheime
Wohngemeinschaften
Patientenclubs
„Tagestreff" mit Tagesstättencharakter
Sozialpsychiatrischer Dienst
Arbeitstherapeutische Werkstätte (WfB)
Offene Tür
Telefonseelsorge
Suchtberatungsstellen
Sozialamt
Allgemeiner Sozialdienst

Diese enthält eine Übersicht zu begleitenden und ergänzenden Einrichtungen und Diensten für psychisch kranke Mannheimer Einwohner, in denen entweder überhaupt keine Ärzte oder diese wenigstens nicht hauptamtlich beschäftigt sind. Für erwachsene psychisch Kranke existieren mittlerweile sechs Wohnheime mit ca. 170 Plätzen, neun therapeutische Wohngemeinschaften mit insgesamt 64 Plätzen, fünf Patientenclubs, ein sogenannter Tagestreff mit Tagesstättencharakter und seit Mai 1989 ein sozialpsychiatrischer Dienst in der Organisationsform Baden-Württembergs (4). Eine Arbeitstherapeutische Werkstätte – anerkannt als Werkstatt für Behinderte – bietet in zwei Betriebsstätten für ausschließlich psychisch Kranke jeweils 60 Arbeitsplätze. Die Einrichtung der Offenen Tür, der Telefonseelsorge und vier Suchtberatungsstellen runden zusammen mit dem Sozialamt und dem allgemeinen Sozialdienst der Stadt das Bild ab.

Etwas ausführlicher möchte ich die Abteilung Gemeindepsychiatrie beschreiben, die sich aus der Arbeitsgruppe Gemeindepsychiatrie der früheren Sozialpsychiatrischen Klinik entwickelte und mit ihren Diensträumen im ZSG untergebracht ist. Aufgabe und Ziel dieser Abteilung ist es, die Verbindung zwischen dem Zentralinstitut und den kommunalen sowie karitativen Einrichtungen der Stadt für psychisch Kranke herzustellen. Neben ihrer Verankerung im ZSG und damit ihrer wechselseitigen Verbindung zu Krankenstationen und Ambulanzen, sind intensive Kontakte zu allen sozialen Institutionen und Organisationen der Stadt aufgebaut, die in irgendeiner Weise an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt sind. Eine Gruppe von acht Mitarbeitern der Berufskategorien Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Sekretärin, Arzt, nehmen in ihrer Arbeit teil an Initiativen und Austausch- sowie Kooperations- und Koordinationsprozessen, die in Verbindung mit

dem Bereich komplementärer Versorgung psychisch Kranker stehen. Den Hauptteil der Arbeit nimmt die sozialpsychiatrische Beratung professioneller Betreuer, die nicht speziell psychiatrisch ausgebildet sind, ein. Weitere Schwerpunkte sind die sozialpädagogische und sozialarbeiterische Tätigkeit mit psychisch Kranken und Behinderten, die die Bereiche Nachsorge, Beratung und Koordination umfassen. Darüber hinaus werden eigene Versorgungsmaßnahmen, wie Betreuung von Wohngemeinschaften, Clubangebote und vorberufliches Training in einem Laden von den Mitarbeitern alleine getragen. Die Kooperation verteilt sich in unterschiedlicher Intensität auf alle in Abbildung 1 und 2 aufgelisteten Institutionen, woraus sich ein Einblick in das Ausmaß der intra- und extramuralen Verzahnung der Abteilung ergibt.

Umfassend wurde der erste Aufbauabschnitt der Gemeindepsychiatrie von Pörksen in seinem 1974 erschienenen Buch „Kommunale Psychiatrie – das Mannheimer Modell" beschrieben (7). Theoretische Basis des praxisbezogenen Buches war der Standpunkt einer Ablösung rein patienten- und institutionsbezogenen Orientierung zugunsten einer populations- und gesellschaftsbezogenen Orientierung. Primärprävention sei denkbar, wenn die gesellschaftlichen Kräfte geweckt und Fehlentwicklungen rückgängig gemacht würden. In dieser Betrachtungs- und Auffassungsweise spiegeln sich aus heutiger Sicht und aufgrund zwischenzeitlich gemachter Erfahrungen teilweise zeitgebundene Ideen der Endsechzigerjahre wider, die sich nicht in jeder Hinsicht als zutreffend erwiesen haben. Meines Erachtens ist es aber auch heute unverändert notwendig, in der gemeindepsychiatrischen Arbeit die institutionelle und sozialpolitische Ebene aufmerksam zu registrieren und zu bewerten. Die Alltagsarbeit allerdings ist überwiegend von Lösungsversuchen der psychiatrischen Versorgung bestimmt, die die Merkmale Planung, Initiierung, Koordinierung und Beratung aufweisen. Alle diesbezüglichen Bemühungen haben aber nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie sich in engem Kontakt zu allen verantwortlichen kommunalen und karitativen Stellen vollziehen.

Nach dieser Übersicht möchte ich nun Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung in Mannheim mit den Empfehlungen der Expertenkommission (2) im Kapitel „Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes als Fundament allgemeinpsychiatrischer ambulanter Versorgung" und im Kapitel „Koordination und Steuerung" vergleichen. Vorgeschlagen wird ein dreigliedriges System, das die Komponenten 1. eines aufsuchend-ambulanten Dienstes, 2. einer Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und 3. einer Tagesstätte umfassen soll. Zur Lenkung der im Versorgungsgebiet notwendigen Hilfen für psychisch Kranke wird zur Einrichtung einer Koordinationsstelle geraten.

Zu 1.:

Die Einrichtung eines aufsuchend-ambulanten Dienstes existiert in Baden-Württemberg in Form des sozialpsychiatrischen Dienstes, der nach

Abschluß einer 5jährigen Modellphase 1986, die wissenschaftlich vom ZSG begleitet wurde, von 1987 bis 1989 flächendeckend im gesamten Bundesland aufgebaut wurde (8). Mannheim verfügt als eine der letzten Kommunen seit Mai 1989 über diesen Dienst. Die längere Wartezeit bis zu seiner Einrichtung konnte weitgehend dadurch kompensiert werden, daß die Abteilung Gemeindepsychiatrie mit einem Teil ihrer Arbeit seit Jahren Modellfunktion für diesen nun realisierten Dienst erfüllte. Richtlinien, Trägerschaft, Organisationsform und Finanzierung enthalten im Vergleich zu sozialpsychiatrischen Diensten anderer Länder viele Sonderaspekte, deren genaue Darlegung den mir gegebenen Rahmen sprengen würde. Hier sei nur gesagt, daß es sich um einen ambulanten Sonderdienst handelt, der den allgemeinen Sozialdienst ergänzt und sich vorrangig um die Aufgaben der nachgehenden Betreuung chronisch psychisch Kranker kümmert. So wie im allgemeinen Sozialdienst kein Arzt vertreten ist, ist auch in den sozialpsychiatrischen Diensten des Landes Baden-Württemberg kein Arzt als fester Mitarbeiter vorgesehen. Vorgeschrieben ist in erster Linie die Beschäftigung von psychiatrisch erfahrenen Sozialarbeitern und Fachkrankenpflegepersonal. Auch Psychologen können im Dienst tätig werden. Jedem Dienst wird allerdings nach den Richtlinien empfohlen, auf Honorarbasis einen Arzt zur Beratung zu gewinnen.

Zu den Aufgaben des Dienstes gehört u. a. die ambulant aufsuchende Tätigkeit. Ob ein Dienst vor allem ambulant aufsuchend arbeitet, sollte nicht festgeschrieben werden. Ohne Zustimmung des psychisch Kranken einfach nach Fremdaktivierung bei ihm aufzutauchen, berührt rechtliche Fragen, ganz abgesehen davon, daß die Kapazität eines Dienstes schnell erschöpft ist, wenn viele Reisewege die Arbeitszeit aufzehren. Mitarbeiter des Dienstes sollen aber alle Kontaktmöglichkeiten unaufdringlicher Art intensiv nutzen, um eine Verbindung zum Patienten herzustellen, z. B. während seines stationären Aufenthaltes oder während eines Praxisbesuches beim Arzt oder auch in Form eines Besuches in der Nachbarschaft. Ein solcher Dienst sichert den nichtärztlichen Versorgungsbedarf chronisch psychisch Kranker, der meist sehr viel größer ist als der ärztliche Versorgungsbedarf. Durch diese Gegebenheit wird allerdings die fachpsychiatrische ärztliche Betreuung nicht gegenstandslos. Sie ist schon unter dem Gesichtspunkt der oft unverzichtbaren und wichtigen medikamentösen Behandlung dringend erforderlich, zudem fühlen sich viele Patienten durch die dem Arzt eingeräumte Fachautorität geschützt. Daneben aber gilt, daß die Praxis ein „Kunstort" ist, der nur wenig Bezug zur Alltagsrealität des Kranken hat. Wohnen, Arbeiten und Freizeit sind Bereiche, für deren Begleitung ein sozialpsychiatrischer Dienst mehr Kompetenz besitzt als die Gruppe der Ärzte, auch die der gemeindepsychiatrisch orientierten. Hilfreich kann der ambulant aufsuchende Dienst bei betreutem Einzelwohnen sein. Die Betreuung therapeutischer Wohngemeinschaften und Wohngruppen durch einen ambulant aufsuchenden Dienst ist in Baden-Württemberg nicht zu vertreten, da hier therapeutische Wohngemeinschaften regelmäßig durch vom über-

örtlichen Sozialhilfeträger finanzierte Fachkräfte betreut werden. Doppelversorgung sollte auf jeden Fall vermieden werden, was am ehesten durch sinnvolle Koordination gelingt. Wenn unterschiedliche Institutionen ihre Aufgaben auch getrennt zu erfüllen haben, sollte unter dem Fachpersonal ein regelmäßiger Austausch und eine gegenseitige Kenntnis des Arbeitsbereiches gesichert sein. Erwirken läßt sich diese Bedingung durch regelmäßige Arbeitstreffen; in Mannheim wird so verfahren.

Die Einbeziehung sogenannter psychosozialer Dienste als „begleitende Hilfen im Arbeitsleben" in einen ambulant aufsuchenden Dienst, zumindest in dessen Dienststelle, erscheint sinnvoll. In beiden Bereichen gibt es Überlappungen, und ständige Austauschmöglichkeiten sowie Koordinierung unterschiedlicher Hilfen sind der Aufgabenbewältigung sehr förderlich. In Baden – in Württemberg ist die Integration des psychosozialen Dienstes in den sozialpsychiatrischen Dienst im Auftrag des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern zu erwarten – befindet sich der psychosoziale Dienst noch in der Modellphase. Für Mannheim ist eine Planstelle eingerichtet, die räumlich und institutionell an eine Suchtberatungsstelle der Hauptfürsorge gebunden ist. Zu dem diese Position ausfüllenden Mitarbeiter bestehen von seiten des sozialpsychiatrischen Dienstes und der Abteilung Gemeindepsychiatrie tragfähige Kontakte.

In Mannheim hat es beträchtliche Zeit gebraucht, für die Einrichtung des sozialpsychiatrischen Dienstes ein akzeptiertes Konzept der Trägerschaft zu konstituieren. Jetzt ist eine Arbeitsgemeinschaft aus vier Trägern gebildet, die in einem Kooperationsvertrag den Dienst verwirklichen. Ursprünglich hatten sich das Zentralinstitut und Vertreter der Liga der Wohlfahrtsverbände jeweils um die alleinige Trägerschaft beworben. Der Sozialbürgermeister der Stadt als Herr des Verfahrens wollte jedoch nur ein Kooperationsmodell zulassen, um der Gefahr einer einseitigen Ausführung und Gestaltung des Dienstes vorzubeugen. Im Hintergrund spielten aber auch kommunalpolitische Aspekte eine Rolle. Ich erwähne diesen Gesichtspunkt hier, weil er in meinen Überlegungen zur von der Expertenkommission vorgeschlagenen Einrichtung einer Koordinationsstelle im kommunalen Verwaltungsbereich eine gewisse Bedeutung besitzen wird.

Zu 2.:

Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion gibt es mittlerweile an vier verschiedenen Örtlichkeiten in Mannheim. Die höchste Zugangsschwelle ist sicherlich beim Gang in die Abteilung Gemeindepsychiatrie zu überwinden, da sie räumlich im ZSG untergebracht ist und das Aufsuchen an das Betreten der psychiatrischen Institution gebunden ist. Diese liegt zwar zentral mitten in der Stadt und der Zugangsbereich entspricht atmosphärisch und in seiner baulichen Gestaltung einer Mischung aus Hotelhalle und öffentlichem Wartebereich. Begegnungen mit dem Betreuungspersonal sind jedoch naturgemäß unvermeidbar und eher häufig. Zudem sind die Türen der Arbeitszimmer der Mitarbeiter nur dann offen, wenn die jeweilige

Arbeit eine Unterbrechung zuläßt. Für das Aufsuchen der Abteilung ist aber keine ärztliche Überweisung notwendig und die Mitarbeiter sind um zugewandte Offenheit bemüht. Eine ähnliche Situation ist in der Dienststelle des sozialpsychiatrischen Dienstes gegeben. Auch sie liegt mitten in der Stadt, ist aber unauffälliger erreichbar und nicht durch medizinisch-psychiatrische Merkmale belastet. Eine deutlich niedrigere Zugangsschwelle ergibt sich beim Besuch eines der Clubs oder des Tagestreffs. Die Clubräume befinden sich in der Nähe des Zentralinstituts. Während der Clubzeiten ist wenigstens ein ehrenamtlicher Helfer und meist auch ein Mitarbeiter der Abteilung Gemeindepsychiatrie anwesend.

Eine letzte Möglichkeit zur Kontaktaufnahme besteht im Besuch eines ganz in der Nähe des ZSG gelegenen Cafés. Dieses Café hat keinerlei Verbindung zum ZSG außer seiner räumlichen Nähe. Es ist aus eigener Initiative der Bewohner stadtteilbezogen entstanden. Die für dieses Café verantwortlichen Personen zeichnen sich durch ein soziales Engagement aus, das psychisch Kranke miteinbezieht und ihnen ein Entgegenkommen beim Besuch dieser Einrichtung sichert.

Zu 3.:

Die dritte Komponente des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes", nämlich die Tagesstätte, ist in Mannheim leider bisher nicht realisiert worden. Zunächst wurden im komplementären Bereich wichtigere Dienste und Einrichtungen aufgebaut. Auch war der Mangel einer fehlenden Tagesstätte nicht so auffällig, solange der Arbeitsmarkt für psychisch Kranke nicht so desolat war wie gegenwärtig und zudem eine größere Werkstätte für psychisch Behinderte mit 120 Plätzen eine Tagesstrukturierung mit Arbeitsangebot vorhielt. Mittlerweile nehmen in der Werkstatt für Behinderte solche psychisch Kranke Plätze ein, die früher noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Beschäftigung fanden. Herausgedrängt werden die Kranken mit Grenzleistungen, für die und auch für deren Angehörige ein Tagesstättenangebot außerordentlich hilfreich und entlastend wäre. Leider ist die Stadt Mannheim seit einiger Zeit finanziell in bedrängter Lage. Da als Kostenträger einer Tagesstätte die Krankenkassen nicht zu gewinnen sind und nach dem Gesundheitsreformgesetz noch weniger mit einer finanziellen Unterstützung in absehbarer Zeit zu rechnen ist, bleibt der örtliche Sozialhilfeträger zunächst in der Pflicht, deren Erfüllung jedoch nicht zu erzwingen ist. Eine geringe Entlastung dieses Engpasses hat die Abteilung Gemeindepsychiatrie dadurch bewirkt, daß sie jeweils donnerstags im sogenannten Tagestreff die Clubräume von 11 bis 17 Uhr durchgehend offenhält. Hier kann jeder psychisch Kranke zu einem ihm beliebigen Zeitpunkt eintreffen, sich an der Zubereitung eines Mittagessens beteiligen, Gymnastik betreiben, Gespräche führen, spielen oder an einer Handarbeitsgruppe teilnehmen. An den übrigen Wochentagen außer samstags bietet die Abteilung in den Clubräumen jeweils für drei Stunden vormittags eine Begegnungsmöglichkeit an, in der ein Beschäftigungsangebot enthalten ist. Die Abteilung Gemeindepsychiatrie hat vor drei Jahren als eigenes Projekt einen kleinen

Laden aufgebaut, in dem überwiegend Gegenstände aus Werkstätten für Behinderte verkauft werden. Mittlerweile werden in diesem Laden Arbeitsversuchsplätze in vorberuflicher Rehabilitation angeboten. Produkte, die während des dreistündigen Beschäftigungsangebotes in den Clubräumen hergestellt werden, können in diesem Laden verkauft werden. Das Entgelt für die Beschäftigung ist gering, es beträgt 1,50 DM. Ein Teil des Geldes wird durch den Erlös im Laden zusammengetragen, das Projekt ist aber auch auf Spenden angewiesen.

Abschließend möchte ich auf den mir am wichtigsten erscheinenden Punkt der Expertenkommission, nämlich die Einrichtung einer Koordinationsstelle eingehen.

Meistens läßt sich eine angemessene und wirkungsvolle gemeindepsychiatrische Versorgung nur schrittweise aufbauen, wobei eine organische Entwicklung, vom Vorhandenen ausgehend, im Aufbau der notwendigen Dienste und Einrichtungen das Ziel sein muß. Ist diese Entwicklung mehr oder weniger gelungen, bedarf sie der ständigen koordinierenden Überwachung, um der Gefahr einer Doppel-, Fehl- oder Unterbetreuung entgegenzuwirken. Die Expertenkommission empfiehlt für diese wichtige, aber auch schwierige Arbeit die Bildung einer Koordinationsstelle, die als mit einer Fachkraft besetzten Verwaltungsstelle bei den kommunalen Gebietskörperschaften, genauer beim zuständigen Dezernenten, angebunden und durch einen Beirat ergänzt sein soll.

In Mannheim sind an der Bewältigung dieser Lenkungsaufgabe zwei „Steuerungsinstrumente" beteiligt. Das erste ist ein Koordinationsgremium, das 1975 nach Inbetriebnahme des ZSG gegründet wurde. Ziel dieses Gremiums ist eine Verbesserung von Koordination und Kooperation zwischen den an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Einrichtungen und Diensten. Ursprünglich war es ein ärztliches Koordinationsgremium, nach und nach sind Vertreter vieler anderer mit der psychiatrischen Versorgung betrauter Bereiche einbezogen worden, so z. B. Vertreter der Arbeitstherapeutischen Werkstätte, der Stadtverwaltung, der Wohnheime für psychisch Kranke und Vertreter der Wohlfahrtsverbände. Das Gremium tritt ein- bis zweimal pro Jahr zusammen und lädt je nach Thema zusätzliche Teilnehmer ein. Die im Gremium besprochenen Fragen und anstehenden Entscheidungen sollen nach Möglichkeit im Einvernehmen geregelt werden. Gelingt dies nicht, gelten Abstimmungsergebnisse. Die Teilnehmer des Gremiums verstehen sich als Vertreter ihrer Institution und setzen sich für diese ein.

Ein sehr ähnliches Konstrukt – bezeichnet als Psychiatriearbeitskreis – ist in den Richtlinien für den sozialpsychiatrischen Dienst in Baden-Württemberg vorgesehen. Er kann wie das Koordinationsgremium nur beraten und empfehlen, hat somit keine Möglichkeiten, Anliegen unmittelbar durchzusetzen, er kann aber unter Umständen durch das Gewicht der einzelnen Gruppenvertreter durchaus Entwicklungen in Gang setzen. Es wird in Kürze

die Frage zu klären sein, ob das bisherige Koordinationsgremium in Mannheim in diesen vorgeschriebenen Arbeitskreis übergeht.

Als zweite in die Koordination gemeindepsychiatrischer Versorgung eingebundene Lenkungsstelle ist die Abteilung Gemeindepsychiatrie zu nennen. Sitzen im Koordinationsgremium im wesentlichen die Spitzenvertreter der vielfältigen Einrichtungen und Dienste, so haben die Mitarbeiter der Abteilung Gemeindepsychiatrie zwar auch zu ihnen Verbindung und Zugang, durch ihre breite beratende Tätigkeit besteht jedoch auch eine sehr enge Beziehung zur personellen Basis. In die Alltagsarbeit der Abteilungsmitglieder fließen sowohl Informationen von seiten der psychisch Kranken als auch der sie betreuenden Personen in großer Offenheit und Fülle. Mit der im Vordergrund stehenden Beratungsfunktion der Abteilung ist untrennbar eine Antennenfunktion verbunden, über die viele Nachrichten eingehen. Eine unabdingbare Voraussetzung für die Bereitschaft zur Informationsabgabe ist ein Vertrauensverhältnis, das sich nur auf der Grundlage von Kompetenz, Achtung und Gleichrangigkeit entwickeln kann. Ist diese Beziehungsstruktur garantiert, entsteht ein Informations- und Einblicksgefüge, das eine genaue Kenntnis der Patientengruppen und der Gesamtstruktur der psychiatrischen Versorgung ermöglicht. Aus diesem Detailwissen lassen sich Mängel und Stärken der Versorgung erkennen und das verantwortliche Umgehen mit diesem Wissen kann zur sinnvollen Koordination eingesetzt werden. Ich kann mir kaum einen Verwaltungsfachmann nebst einem Beirat auf kommunaler Ebene vorstellen, die Zugang in das beschriebene Beziehungsgefüge finden und sich darin integrieren könnten. Ich meine natürlich nicht, daß ein Verwaltungsfachmann grundsätzlich von seiner Person her unpassend wäre, mir erscheint er aber von seiner Rolle her ungeeignet. Tätig in einer kommunalen Verwaltung, gelten für ihn administrative und wohl auch kommunalpolitische Zwänge. Außerdem existieren auf kommunaler Ebene keine rechtlichen Möglichkeiten zur Durchsetzung kooperationsfördernder Entscheidungen. Gäbe es eine bürokratische Reglementierung, würde der für eine wirkungsvolle Koordination wichtige Austauschprozeß von Informationen sehr schnell versiegen. Ich bin der Meinung, daß effektive Kooperation und Koordination, vor allem nach der Aufbauphase von psychiatrischen Versorgungsinstrumenten, ein von vielen Kräften bewegter äußerst empfindlicher Prozeß ist, der nur im Gleichgewicht zu halten ist, wenn auch umfassende psychiatrische Kompetenz mitwirkt. Diese Befähigung ist für mich gebunden an eine abgeschlossene Ausbildung mit sozialpsychiatrischen Kenntnissen, aber auch an Kenntnisse von gruppendynamischen Prozessen, klinischer Psychologie, psychiatrischer Sozialarbeit und psychiatrischer Krankenpflege. Psychotherapeutische Erfahrungen und die Bereitschaft zur Anerkennung der Gleichwertigkeit der Beratenden erscheinen mir eine unabdingbare Voraussetzung, wie auch die Fähigkeit zum Rollenwechsel in jeweils unterschiedlichen Situationen.

Angesichts dieses Aufgabenkatalogs halte ich die Einsetzung einer behördlichen Verwaltungsfachkraft für die Koordination wenig förderlich. Schön

wäre es ja, wenn eine Stelle alles in die Hand nehmen und sachlich bezogene Entscheidungen treffen könnte. Allein die Wirklichkeit ist anders. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung, stationär, ambulant oder komplementär besteht in Fragen der Finanzierung, der Trägerschaft, der Gesetzgebung und der gewachsenen Strukturen eine Heterogenität, die nicht per Dekret und auf dem Verwaltungsweg konstruktiv gelenkt werden kann, zumal, wie bereits gesagt, auch die dazu erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen fehlen. Konsensbildung, Voraussetzung für eine gelungene Koordination, erscheint mir nur auf dem Weg des Verhandelns möglich. Nun könnte man ja sagen, die Heterogenität im psychiatrischen Versorgungsgebiet muß einer Vereinheitlichung weichen. Für eine derartige Sichtweise gibt es durchaus Argumente, deren Realisierung mir aber durch bürokratische Maßnahmen wenig aussichtsreich erscheint. Für mich ergibt sich auch die Frage, ob Vereinheitlichung auf dem Verwaltungswege nicht auch die Gefahr der Reduktion und Einengung in sich birgt. Im Angebot des komplementären Bereiches ist aber bei der unterschiedlichen Bedürfnislage psychisch Kranker eine breite Differenzierung von Angeboten angemessen. Leben mit Qualität gelingt nicht in einer Monokultur, sondern nur durch Einbindung in Vielfältigkeit.

Einem Aufgabenverbund für die psychiatrische Versorgung stimme ich grundsätzlich zu, auch halte ich ein Koordinierungsorgan für wichtig, in dem die kommunalen Gebietskörperschaften vertreten sind. Allerdings halte ich es nicht für gut, deren Vertretern die Bestimmung über psychiatrische Anliegen allein zu belassen. Mein abschließendes Votum lautet deshalb: Koordination fällt der Einrichtung oder der Gruppierung zu, die nach den genannten Kriterien die umfassendste Kompetenz dazu besitzt. Koordinative Entscheidungen müssen regionale Gegebenheiten berücksichtigen und nach demokratischen Regeln auf Kompetenz sowie Erfahrung aller an der Basis und der Spitze Tätigen erfolgen und die Durchsetzung der Ergebnisse Konsequenz einer Einigung sein, die zweifellos gelegentlich nur sehr mühevoll zu erreichen ist.

Literatur

1 Becker, R., Häfner, H. (1976) Moderne psychiatrische Dienste in Verbindung mit einem Forschungsinstitut: Das Mannheimer Modell. In: Reimann, H. (Hrsg.) Medizinische Versorgung. München: Goldmann, 181–198
2 Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung
3 Degkwitz, R., Schulte, PW (1971) Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung. Nervenarzt 42: 169–180

4 Gemeinsames Amtsblatt des Landes Baden-Württemberg, Nr. 21 (1986) Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (RL sozialpsychiatrische Dienste) vom 25. Juni 1986 – Az. VI/4-8658, 585–599
5 Häfner, H. (1979) Die Geschichte der Sozialpsychiatrie in Heidelberg. In: Janzarik, W. (Hrsg.) Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 8. Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Stuttgart: Enke, 145–160
6 Häfner, H., Reimann, H., Immich, H., Martini, H. (1969) Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Sozialpsychiatrie 4: 126–135
7 Pörksen, N. (1974) Kommunale Psychiatrie. Das Mannheimer Modell. Reinbek: Rowohlt, 12 ff.
8 Rössler, W., Häfner H., Martini, H., an der Helden, W., Jung, E., Löffler, W. (1987) Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Diskussion zum Themenbereich I

(gekürzte Fassung)

Moderation: W. Picard

Picard: Meine Damen und Herren, ich möchte eine Bemerkung machen, die auf den Anfang des Referates zurückgeht. Während wir im damaligen Deutschen Reich das „lebensunwerte Leben" seelisch Behinderter und Kranke unter dem Stichwort Euthanasie vernichteten, wurde in den Ländern USA und Großbritannien die Grundlage für die moderne Psychiatrie in der Militärmedizin gelegt. Sowohl in Großbritannien als auch in den Vereinigten Staaten brachen gerade in der Militärmedizin die vorhandenen Strukturen in der psychiatrischen Versorgung einfach deshalb auf, weil die äußere Umgebung dazu zwang. Das reicht natürlich nicht, um die ganze Entwicklung in diesen beiden Ländern zu begründen, ist aber doch ein Hinweis darauf, wie selbst während des Krieges noch Reste von humanen Gedanken vorhanden waren und sich durchsetzen konnten. Wir Deutsche haben den einen Weg sehr perfekt beschritten, nämlich den der Auslöschung, und die Anderen haben den Weg, nämlich den der Wiederherstellung menschlicher Existenzen beschritten. Heute sind wir Gott sei dank etwas klüger, doch wie sehr wir in unserer Gesellschaft immer noch dazu neigen, das Problem, mit dem wir uns auch heute wieder beschäftigen, leichter als diese beiden angelsächsischen Länder beiseite zu schieben, zeigt sich zum Beispiel daran, daß unsere politischen Körperschaften bis hin zum Bundestag und zur Bundesregierung sich bis vor kurzem geweigert haben, das Thema der Vernichtung von Hunderttausend seelisch Kranken überhaupt zur Diskussion zu bringen. Wir Deutsche scheinen es bei aller inzwischen erreichten Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, schwerer zu haben als andere zu erkennen, daß seelische Erkrankungen Krankheiten sind, die eine gesellschaftliche Verpflichtung mit sich bringen, und dann auch die Konsequenzen daraus zu ziehen. Ich hoffe, daß wir heute und morgen dazu beitragen, die Sensibilität, Wachheit, und die Bereitschaft, sich damit nicht nur zu beschäftigen, sondern auch aktiv einzusteigen und zu helfen, zu wecken und weiter zu vergrößern.

Kulenkampff: Herr Voges, hinsichtlich der Koordinator-Position hat keiner von uns an einen puren Verwaltungsbeamten im klassischen Sinne gedacht. Wir haben auch die 14 Koordinatoren, die es im Modellprogramm gab, noch einmal hinsichtlich ihrer Tätigkeit und ihrer Erfahrung in dieser Position befragt und haben uns dann sehr bestärkt gefühlt, eine solche Position zu empfehlen. Das Land Nordrhein-Westfalen hat diese Empfehlung ja verdienstvollerweise aufgegriffen und fördert jetzt pro Gebietskörperschaft eine Koordinatorenstelle. Bei den 54 Gebietskörperschaften in Nordrhein-Westfalen ist das eine ganze schöne Masse an Geld. Es ist wirklich an keiner Stelle daran gedacht, hier eine übergeordnete Position zu fordern, die nach Art eines Verwaltungsbeamten durchregiert und feststellt, was im einzelnen

zu geschehen hätte; sondern unsere Empfehlung geht von der ganz einfachen Erfahrung aus, daß ein Dezernent im kommunalen Bereich sich ja nicht nur mit Psychiatrie, sondern auch mit vielen anderen Dingen zu befassen hat und daß Vieles nicht läuft, weil die Information nicht richtig funktioniert. Also braucht man jemanden, der das Versorgungsfeld kennt, mit den Leuten spricht und der weiß, was wirklich vor Ort geschieht – denn das weiß ein Dezernent nicht, das kann er gar nicht alles kennen – einen, der ihm das sagt, der ihm die Vorlagen vorbereitet, der ein Vermittler sein kann zwischen den Bedürfnissen und den Konflikt- und Schwierigkeitslagen des Versorgungsfeldes und dem Rat. Der Rat schließlich entscheidet in einer Kommune und sonst niemand, wobei die Verwaltung sicher auch einen gewissen Einfluß hat.

Ein solcher Mensch ist eigentlich ein Vermittler, einer der die Dinge zusammenbringt und versucht, im komplizierten Mechanismus einer solchen Region zu helfen, daß die Entscheidungen richtig fallen. Ich würde auch nicht sagen, daß die Koordinatoren, die immerhin fast fünf Jahre Tätigkeit zu verzeichnen haben, alles sozial-psychiatrisch ausgebildete und auf dem Niveau des Zentralinstitutes agierende Personen waren, sondern das war eine hoch unterschiedliche Gesellschaft – da waren Germanisten dabei und Psychologen und Leute, von denen ich gar nicht weiß, was für einen Beruf sie eigentlich haben –, aber sie waren sehr wirksam, und ich habe mir nicht nur von ihnen, sondern auch von ihren Partnern in der Region bestätigen lassen, daß sie sinnvolle und vernünftige Arbeit geleistet haben. Deshalb bin ich nicht wie Sie der Meinung, daß überhaupt nur die, die eine hohe medizinische Qualifikation besitzen, so etwas könnten.

Auf der anderen Seite habe ich überhaupt kein Verständnis mehr für diese Mannheimer Ideologie, daß der sozialpsychiatrische Dienst eine bloß ergänzende Funktion haben sollte, in der der Arzt nichts zu suchen hätte. Ich halte das für Unfug und bin auch grundsätzlich dagegen, weil ich mich frage, wo denn unsere jungen Ärzte, die ja keineswegs mehr nach dem Modell eines Anstaltsarztes meiner Generation zu sehen sind, eigentlich Gemeindepsychiatrie lernen sollen, wenn nicht tatsächlich vor Ort in den Kontaktstellen, im Umgang mit dieser Klientel, beim Hausbesuch, an diesen konkreten, anzufassenden Problemen? Wenn sie immer nur in den Stationen tätig sind, dann sind sie für diese ambulante Arbeit auch nicht qualifiziert. In Baden-Württemberg ist es ja ein Kuhhandel gewesen, man hat auf Institutsambulanzen verzichtet, und dafür haben sich die Kassen an den sozialpsychiatrischen Diensten beteiligt. Das ist sicher auch eine Lösung, aber auf Dauer halte ich das Fernhalten der Ärzte aus diesem Gebiet für nicht günstig.

Voges: Das sind ja zwei unterschiedliche Punkte. Zum einen ist die Sorge der starren Bürokratisierung aufgetaucht. Ich denke, Sie haben sehr deutlich gemacht, daß Sie das überhaupt nicht beabsichtigen. Allerdings denke ich, daß Sie die Einflußnahmemöglichkeit einer in der Verwaltung sitzenden Person etwas verharmlosen. Die können massiv sein, und dann können wirklich manche Entwicklungen aus den Proportionen laufen. Aber grundsätzlich halte auch ich einen Verwaltungsfachmann in einem solchen Gremium für außerordentlich wichtig. Ich frage mich aber, ob die von Ihnen beschriebene Person die erforderliche Koordination wirklich leisten und die notwendige Verbindung zur Basis halten kann. Diese Verbindung zur Basis ist doch ausgesprochen wichtig. Sie brauchen die Informationen von den Personen, die die Knochenarbeit machen und die die Knochenarbeit erleben – das sind die Patienten und die unmittelbar an der Basis Tätigen. Dabei ist mir eben nicht ganz klar, ob das einem hochdotierten Verwaltungsfachmann gelingen wird. Ich habe ja vorsorglich nicht davon gesprochen, daß nur ein Arzt diese Kompetenz haben sollte – von der ich allerdings meine, daß sie recht umfassend ist. Sie kann natürlich von jemand anders erworben werden, nur regelhaft haben Ärzte am ehesten einen Zugang zu einem solchen Ausbildungsweg.

Zum zweiten Punkt der Beteiligung von Ärzten an sozialpsychiatrischen Diensten. Das ist ja eine alte Streitfrage, und ich sehe mich ein wenig als der Sack an, der geprügelt wird, wo eigentlich das Institut gemeint ist. Ich denke, es sind einfach unterschiedliche Formen der Versorgung – im allgemeinen Sozialdienst ist ja auch kein Arzt beteiligt. Es scheint so zu sein, daß auch nach der Modellphase dieses Baden-Württembergische Konstrukt noch seine Bedeutung hat: die Mängel, die angesprochen sind, sind in der befürchteten Weise nicht aufgetreten. Ein solcher Dienst muß allerdings mit dem Gesundheitsamt und mit den niedergelassenen Nervenärzten kooperieren, denn diese beiden Gruppierungen sind auch in der Basisversorgung tätig. Dadurch ist dann auch ein Arzt mitbeteiligt. Im sozialpsychiatrischen Dienst in Baden-Württemberg ist mittlerweile überall ein Arzt auf Honorarbasis beteiligt; und auch die Empfehlungen sprechen diesen Rat ganz deutlich aus. Es gibt keinen sozialpsychiatrischen Dienst mehr, in dem nicht ein Arzt beratend tätig wäre. Aber es ist richtig, er macht keine Hausbesuche und entscheidet nicht über die Atteste zur Zwangseinweisung.

Kukla: Herr Voges, mir graut vor dem Bild, das Sie von einem Koordinator zeichnen, denn mit der Qualifikation, die Sie beschrieben haben, wird diesen Koordinator kein Politiker im kommunalpolitischen Bereich mehr verstehen. Ich halte es für ein fundamentales Mißverständnis, davon auszugehen, daß dieser Koordinator die unmittelbar am Behandlungsgeschehen Beteiligten *fachlich* koordinieren sollte – so ist das nicht, sondern Gemeindepsychiatrie existiert doch nur mit kommunalpolitischer Unterstützung, mit Unterstützung der Kommunalverwaltung oder sie kümmert schlichtweg dahin. Die Rolle des Koordinators ist doch viel eher eine Art Sammel- und Transportstelle fachlicher Anliegen in den kommunalpolitischen Raum. Was wir im Rahmen des Modellprogramms gerade in dieser Hinsicht an Positivem erlebt haben, bestätigt, finde ich, den Vorschlag der Expertenkommission ganz außerordentlich.

Eisenberg: Mir fehlte bei dem Vortrag die Philosophie des Verwaltungshandelns. Wenn wir von Gemeindepsychiatrie reden, so muß die ja auch in der Verwaltung pragmatisch umgesetzt werden. Es stimmt eben nicht, daß die

Gemeinde kein gesetzliches Instrumentarium hätte, um wirksam in die Psychiatriepolitik einzugreifen. Es ist nur nicht genutzt worden, weil sich innerhalb der Verwaltung niemand verantwortlich fühlte. Deshalb ist eine Koordinationsstelle dringend erforderlich. Ich stimme aber dem Vorschlag der Expertenkommission insoweit nicht ganz zu, als man den Koordinator als Einzelperson dem Dezernenten unterstellt, sondern halte unsere Kasseler Lösung für geeigneter, daß das Gesundheitsamt als kommunales Fachamt die Aufgaben der Gesundheitshilfe für Behinderte und somit auch für die Psychiatrie wahrnimmt und innerhalb der Verwaltung deutlich macht, welche Entscheidungsprozesse notwendig sind, um Gemeindepsychiatrie zu realisieren und auf kommunaler Ebene auch wirklich die Verantwortung zu übernehmen. Die anderen Punkte sind meines Erachtens auf der Ebene der Kooperation der Dienste und ihrer Abstimmung untereinander zu vollziehen: Angesichts der sehr unterschiedlichen Konstruktionen von Gemeindeordnungen ist es sehr schwierig, einen solchen Fachkreis, den Sie als Beirat oder Arbeitsgemeinschaft bezeichnet haben, in dieses kommunale Konstrukt hineinzubekommen. Hier müssen wir uns jeweils an der Situation in der Gemeinde orientieren und nicht überall dieselben abstrakten Konstruktionen gleichermaßen umsetzen wollen.

Meyer: In Nordrhein-Westfalen versuchen wir, diese Empfehlung der Expertenkommission zur Einrichtung von Koordinatorenstellen seit Ende April dieses Jahres umzusetzen. Wir können aus unseren Erfahrungen in den Modellregionen sagen, daß da, wo ein Koordinator vorhanden war, auch effektiv kooperative Strukturen geschaffen wurden. In vielen anderen Gebietskörperschaften, wo es keine Koordinatoren gab, haben sich zwar auch die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt, aber eben nicht so kooperativ und effektiv wie in den Modellregionen. In den Förderrichtlinien für die Einrichtung von Koordinatoren-Stellen haben wir aber die Frage, welche Qualifikation diese Koordinatoren denn haben sollen, bewußt offen gelassen, weil wir wissen, daß es nicht nur auf die spezifische fachliche Kompetenz ankommt, die der Koordinator haben muß, sondern vor allem Dingen darauf, daß er sich in einer Kommune bewegen kann und von allen, die an der psychiatrischen Versorgung beteiligt sind, akzeptiert wird. Darum haben wir die Förderrichtlinien ziemlich weit gefaßt, so daß die Entscheidung über die Qualifikationsanforderungen an den Koordinator vor Ort bleibt.

Schwendy: Ich gehöre zu der jungen Zunft der Psychiatrie-Koordinatoren. Ich mache das jetzt seit Februar in Köln und erlebe, was es heißt, Empfehlungen, die man als Mitglied der Expertenkommission selbst mitformuliert hat, in die Praxis umzusetzen zu versuchen. Ich glaube, es ist kein Zufall, daß um die Figur des Koordinators eine Diskussion in der Psychiatrie und auch in der freien Wohlfahrtspflege entstanden ist – und vielleicht haben wir als Expertenkommission durch dieses unglückliche Bild von der Trias aus Gesundheitsdezernent, Beirat und Koordinator selbst ein bißchen dazu beigetragen. Das gibt dem Koordinator eine Position, die natürlich völlig unangemessen ist.

Ein Koordinator, der bei der Stadtverwaltung tätig ist, ist eingebunden in deren Hierarchie. Da gibt es im Grunde genommen nur zwei Organe, den Rat und den Oberstadtdirektor, und der Koordinator ist mehr oder weniger hoch in die Verwaltung eingebunden und arbeitet dem Dezernenten und über ihn den Gremien zu. Das muß man noch einmal deutlich machen, daß nicht die fixe Idee auftaucht, der Koordinator habe eine ähnliche Position wie zum Beispiel Frauenbeauftragte in vielen Kommunen, die doch eine völlig andere Position haben. So verstehen wir das Amt des Psychiatrie-Koordinators nicht.

Für mein Verständnis hat ein Psychiatriereferent im Gesundheitsamt daran zu arbeiten, daß Koordination auf allen Ebenen in der Stadt überhaupt möglich wird; und zunächst einmal hat er dafür zu sorgen, daß die Kommune, in der er tätig ist, ihr eigenes Handeln zielgerecht koordiniert – denn die Ressourcen für psychisch Kranke sind über alle möglichen Ämter verteilt. Alleine das aufgabengerecht zu bündeln, ist eine Heidenarbeit.

Auf der anderen Seite sind die Anbieter, also die Dienste und Einrichtungen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, das Gegenüber der Stadt, und ein Koordinator ist überhaupt nichts wert, ohne dieses Gegenüber. Er kann die notwendige Interessenvertretung gegenüber der Stadt nicht allein leisten; von ihm wird eher erwartet, daß er die Interessen, die sich in der Stadtöffentlichkeit politisch oder fachlich bilden, auf die Ressourcen der Stadt bezieht und auch in Vergleich setzt zu anderen Anliegen, die die Stadt hat. Es gibt in vielen Kommunen jetzt eine allgemeine kommunale Renaissance der Gesundheitsplanung; und Psychiatrieplanung kann nur ein Teil davon sein. Ich beschäftige mich jetzt beispielsweise auch viel mit Selbsthilfeplanung, weil unter dem Vehikel der Selbsthilfeförderung viele psychosoziale Anliegen an die Stadt herangetragen werden.

Das Schlimmste ist, und das ist, glaube ich, auch in dem Vortrag aus Mannheim das Mißverständnis, wenn man meinen würde, der Koordinator sei so eine Art fachlicher Oberaufseher, der in die Dienste eingreift. Überall, wo ich hinkomme, mache ich erst einmal deutlich, daß ich keinerlei Fachaufsichtsaufgaben in Köln habe, weder gegenüber dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt, noch gegenüber der Sozialstation oder einem Wohnheim des einen freien Trägers. Ich fühle mich nur dafür zuständig, Regelungen zu schaffen, die es diesen Diensten und Einrichtungen ermöglichen – und sie notwendigerweise auch dazu zwingen –, bedarfsgerecht zu arbeiten. Das ist Koordination auf einer sehr viel höheren Ebene, aber sicher nicht auf der Ebene, daß man im einzelnen Fall fachlich eingreift. Vor diesem Mißverständnis möchte ich eindringlich warnen, damit die Koordinatoren nicht überfrachtet und zu Butzemännern aufgebaut werden.

Picard: Bei der Vielseitigkeit der Erwartungen und der Vielseitigkeit der inzwischen gemachten Erfahrungen wird es nicht gut möglich sein, über das hinaus, was Herr Kulenkampff als Chakteristikum für den Koordinator genannt hat, weitergehende Festlegungen zu treffen. Mir scheint das eine

sehr wichtige Position zu sein – aber, wie so oft bei wichtigen Positionen, wird die Wirksamkeit eines Koordinators erst im Laufe der Erfahrungen klar zu beschreiben sein. Sie hängt ja auch davon ab, in welchem Bundesland ich mich befinde und nach welchen kommunalrechtlichen Vorschriften man handelt. Das sieht in Hessen anders aus als in Baden-Württemberg, in Bayern, in Nordrhein-Westfalen oder in Schleswig-Holstein. Wir können nicht einmal ein rechtlich einwandfreies einheitliches Idealbild des Koordinators entwerfen. Aber auf der anderen Seite sind wir uns doch in der Definition der Aufgaben des Koordinators weitgehend einig.

Drees: Ohne den Koordinator wären bei uns in Duisburg viele Dinge nicht gelaufen. Er war für uns ein ganz wichtiger Übersetzer, als wir einen Sozialdezernenten hatten, der uns überhaupt nicht verstand. Der Koordinator hat vieles zu ihm „'rübergebracht", er ist für uns eine Art Sprachrohr gewesen. Ich möchte aber einen kleinen Unterschied machen zwischen Koordinator und Initiator. Diejenigen, die in unseren Duisburger Vereinen etwas Neues entwickelt haben, waren gerade nicht die Ärzte, sondern Handwerksmeister, Schlosser oder auch Erzieherinnen. Von solchen psychiatrischen Laien geht eine viel größere Innovationsfreude aus, und sie besitzen auch in viel größerem Maße eine in diesem Bereich notwendige Naivität und die Bereitschaft, etwas mal ganz anders zu machen, als die Psychiater, selbst als diejenigen, die sich sozialpsychiatrisch ein Stück von der biologischen Medizin entfernt haben. Nach unseren Erfahrungen in den Vereinen kommt es vor allem darauf an, Menschen zu mobilisieren, die Engagement haben; die Fachkenntnisse werden sie sich schon im Lauf der Zeit erwerben. Vieles was in Duisburg entstanden ist, ist durch Laien entstanden und ich denke, das Meiste kann sich sehen lassen.

Im Vortrag von Herrn Bertling ist schon angeklungen, was wir in den einzelnen Vereinen so alles veranstalten. Ich möchte ein Element noch einmal herausstreichen und als Beispiel für andere Gemeinden anbieten. Wir im Kuckucksnest richten wie der Regenbogen mit dem Arbeitsamt vorrehabilitative Maßnahmen ein. Das ist gesetzlich möglich, man muß seine Arbeitsämter nur dazu gewinnen. Das heißt konkret, daß man fünf bis sechs Leute – Sozialhilfeempfänger, psychotische Patienten –, die noch gerade arbeitsfähig zu machen sind und die man in keine volle Rehabilitations-Maßnahme hinein bekommt, in irgendeinem Arbeitsbereich wieder in Arbeit bringen kann. Das Arbeitsamt gibt dem Verein dafür eine volle Anleiterstelle, und die dort Rehabilitierten, oder besser Vor-Rehabilitierten, bekommen ein Jahr lang volle Leistung vom Arbeitsamt. Das formale Ziel dabei ist, daß sie rehabilitationsfähig werden oder sogar einen Job kriegen bzw. anständige Arbeitslosengelder, wenn sie nicht angestellt werden. Wir haben das für den Tischlereibereich organisiert, im Herbst wird es für den Bürobereich anlaufen, und ebenso für den Fahrrad-Reparaturbereich und andere – es läßt sich in vielen Bereichen organisieren und ist für unsere Vereine sehr sinnvoll, indem wir neue festbezahlte Kräfte hineinbekommen, und für die Klienten eine wichtige Angelegenheit.

Reisig: Der Kernpunkt des Verbundkonzepts, wenn ich die Empfehlungen der Expertenkommission richtig verstanden habe, ist doch der ambulant aufsuchende Dienst. In den Vorträgen ist angesprochen worden, daß dies die sozialpsychiatrischen Dienste machen. Ich sehe in den Institutsambulanzen, die ja nun vermehrt in der Bundesrepublik entstehen, eine weitere wichtige Möglichkeit, den aufsuchend-ambulanten Dienst zu machen. Voraussetzung ist natürlich, daß die Ambulanzen entsprechend ausgestattet sind. Ich selber leite eine Ambulanz mit 13 Mitarbeitern, und wir machen in der Regel zwischen drei- und dreieinhalbtausend Hausbesuche im Jahr – erst dann kann die Sache zu einem ambulant aufsuchenden Dienst werden, es reicht nicht, wenn an einem Krankenhaus ein Arzt die Ermächtigung hat und wenn man das Ambulanz nennt. Die Finanzierung ist ja durch das Gesundheits-Reformgesetz geregelt, allerdings sind die Krankenkassen weiterhin nicht bereit, die Leistungen der nichtärztlichen Fachkräfte kostendeckend zu honorieren – es werden bisher nur etwa 50 bis 60% der Personalkosten gedeckt. Die Einbindung von Institutsambulanzen in den gemeindepsychiatrischen Verbund finde ich relativ einfach – traditionell haben ja diese Institutsambulanzen zu den chronischen und den immer wieder stationär auftauchenden Patienten den besten Kontakt –, und um das voranzutreiben, sollte man diese Entwicklung in der Bundesrepublik verstärken.

Stumme: Hessen hat sich am Modellprogramm Psychiatrie beteiligt. Wir hatten in drei Modellregionen Koordinatoren. Die Arbeit der Koordinatoren hat sich dort am besten entwickelt, wo sie fest in kommunale Strukturen mit eingebunden waren; wo aber die intensive Einbindung in kommunale Gremien gefehlt hat, ist es auch weniger gelungen, die Koordinations-Aufgaben sichtbar zu machen und die Koordination vor Ort tatsächlich zum Tragen kommen zu lassen. In der Landeshauptstadt Wiesbaden haben wir nun seit eineinhalb Jahren einen Koordinator, und ich verfolge die dortige Entwicklung mit großem Interesse. Wenn man dem Vorschlag von Herrn Voges gefolgt wäre, nur bei den vermeintlich Kompetentesten solche Aufgaben anzusiedeln, dann würde Wiesbaden sicherlich nach wie vor und auch im nächsten Jahrzehnt noch im psychiatrischen Dornröschen-Schlaf dahindümpeln. Das, was alleine über den Koordinator innerhalb von eineinhalb Jahren an Aktivitäten sichtbar geworden ist an Koordination mit den Mitarbeitern und den Trägern der Dienste, ist m. E. nur möglich gewesen, weil eine derartige Stelle in dieser Form geschaffen worden ist.

Gross: Ich habe seit 1982 in Stuttgart im Landesmodellprogramm gearbeitet und arbeite jetzt in Ludwigsburg, einem benachbarten Landkreis. Der Vergleich zwischen den beiden Regionen ist sehr interessant, weil Stuttgart zu den Versorgungsgebieten gehört, die inzwischen optimal ausgestattet sind. Die Sozialministerin sagt, daß bis 1992 die flächendeckende Versorgung Baden-Württembergs abgeschlossen sein soll. Damit meint sie eigentlich nur, daß bis dahin in allen Kreisen und kreisfreien Städten in Baden-Württemberg sozialpsychiatrische Dienste entstanden sein sollen – aber ich

meine, flächendeckende Versorgung müßte eigentlich noch etwas mehr bedeuten.

Im Landkreis Ludwigsburg gibt es einerseits einen sozialpsychiatrischen Dienst, der beim Landkreis angesiedelt ist, andererseits aber auch einen beim staatlichen Gesundheitsamt, wo ich arbeite. Das Gesundheitsamt mit seinen traditionellen Aufgaben hat es sich zusätzlich zur Aufgabe gemacht, auch sozialpsychiatrisch zu arbeiten. Das soll irgendwann enden, weil wir im Gesundheitsamt nach dem Subsidiaritäts-Prinzip im Augenblick eine ergänzende Funktion haben sollen. Als Sozialarbeiter, der nachgehende Fürsorge macht, stelle ich nun aber fest, daß es an den Grenzen des Landkreises, die ungefähr 20 bis 50 km von der nächsten Klinik entfernt sind, keine komplementären Einrichtungen gibt; und obwohl die Richtlinien auf der Grundlage des Landesprogramms koordinierende Arbeitskreise vorgeschrieben haben, gibt es die auch vier Jahre nach dem Ende der Modellphase für Ludwigsburg noch nicht. Ich kann nicht erkennen, daß sich irgendjemand über die Kreisstadt hinaus um komplementäre Einrichtungen wie Wohngemeinschaften, Kontaktstellen und so weiter kümmert, die m. E. auch zu einer flächendeckenden Versorgung gehören. Ja, was machen wir dann daraus, als die in der Praxis Stehenden? Wir sind doch letztendlich diejenigen, die das, was auch immer an Innovation verlangt wird, dann auch machen. Wir haben deshalb in Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden beider Konfessionen vor Ort und eben mit unserem Gesundheitsamt nach zwei Jahren Vorbereitungszeit einen Kleinst-Verbund im Stadtteil mit einer Kontaktstelle und einer Kontaktgruppe gegründet, in der engagierte Laienmitarbeiter tätig sind. D. h. wir haben vom Gesundheitsamt aus eine Funktion erfüllt, die der SpD des Landkreises längst hätte erfüllen müssen, obwohl wir eigentlich nur ergänzend tätig sein sollen. Das ist eine Einmaligkeit in Baden-Württemberg; aber gerade aus dieser Erfahrung heraus meine ich, ein Koordinator wäre nicht schlecht.

Es stimmt uns traurig, daß die Praktiker, welche die Versorgungslücke ausgefüllt und die so wichtige Kontinuität gewahrt haben, durch strenge Auslegung des Subsidiaritäts-Prinzips in den neuen Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von Baden-Württemberg dem Rotstift zum Opfer fallen soll. Bürokratische Planung im Rahmen der Sozialpsychiatrie kann gar nicht ermessen, welch wertvolles zwischenmenschliches Vertrauen hier vor Ort zerstört werden soll. Deshalb halte ich es für einen schweren Fehler, einen gut arbeitenden „Sozialpsychiatrischen Dienst" bei einem Gesundheitsamt zugunsten dem „SpD" des Landkreises aufzulösen.

Lorenzen: Grundsätzlich sind doch in den Empfehlungen zunächst Funktionen und danach erst bestehende Dienste beschrieben worden. Wenn man das jetzt auf den Koordinator und auf die Institutsambulanz anwendet, dann hat doch Herr Voges durchaus das Recht – ich habe in ähnlicher Weise koordiniert. Aber Herr Kulenkampff hat wirklich genauso Recht, denn wenn da eine Landschaft ist, in der es keinerlei psychiatrische Einrichtungen gibt, dann muß, um überhaupt Initiativen entwickeln zu können, ein planender

Koordinator gewonnen werden, der eng in die Verwaltungsstruktur eingebunden ist, aber auch natürlich vom Fach was verstehen sollte. Die planerische Kompetenz muß sicherlich am Anfang stehen; die koordinierende Funktion – und das ist der Teil, der mir als Koordinator neben der Geschäftsstellenfunktion auch immer viel Spaß gemacht hat –, der koordinierende Anteil zwischen den Diensten steht am Ende einer Entwicklung. Dann wird es sehr wichtig, vermittelnd tätig zu sein, und das kann man natürlich besser, wenn man wenig Abhängigkeiten repräsentiert und auch keine Entscheidungsbefugnisse hat.

Man muß deshalb m. E. immer sorgfältig unterscheiden zwischen den Funktionen der Planung, der Koordination und auch der Kontrolle. Das gilt auch für die Arbeit in einer psychiatrischen Institutsambulanz; das haben wir ja bei uns in der Klinik auch: Wir machen in unserer Ambulanz das sogenannte Screening – d. h. die Einweisungen in das Krankenhaus werden noch mal auf ihre Notwendigkeit überprüft – und die Nachsorge. Nachgehend-aufsuchende Arbeit leisten wir nur in wenigen Einzelfällen, sozusagen im Einvernehmen mit den Patienten. Diese auch kontrollierende Funktion übernimmt in Hamburg ganz bewußt der sozialpsychiatrische Dienst, der überwiegend auf Fremdmeldung hin tätig wird. Diese Hamburger Situation ist jahrelang gewachsen und meines Erachtens eine gute Situation, die man langfristig allemal anstreben sollte. Wenn man aber weder eine Ambulanz noch einen SpD hat, dann ist es vielleicht vertretbar, zunächst mit einer Ambulanz anzufangen, die auch diese nachgehende Funktion hat. Zur nachgehenden gehört aber immer die kontrollierende Funktion, bis hin zur Zwangseinweisung. Das aber ist eine Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die m. E. sehr schlecht in die Arbeit einer psychiatrischen Institutsambulanz integriert werden kann.

Brandt: Ich glaube es ist unbestritten, daß die Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung verbessert werden muß. Die freie Wohlfahrtspflege hält aber den Weg, den die Empfehlungen der Expertenkommission zur besseren Koordination und Steuerung vorsehen, für falsch. Ansatzpunkt für die Umsetzung dieser fachlich-konzeptionellen Vorschläge der Expertenkommission sollten demgegenüber die bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen im Sozialgesetzbuch (§ 17 Abs. 3 SGB I, §§ 86 ff. und 95 SGB X) und in der Sozialhilfe (§§ 10 Abs. 2 und 3, 46, 95 und 114 BSHG) zur Zusammenarbeit der verschiedenen Träger sein.

Gerade dann, wenn man die Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung erfolgversprechend verbessern will, sollte man von diesen gesetzlichen Vorgaben ausgehen. Sie sind geltendes Recht und somit bereits jetzt für den öffentlichen Leistungsträger bindend. Umgekehrt ist zu befürchten, daß die Bildung des vorgeschlagenen Überbaus mit neuen und zusätzlichen Strukturen, mit Gremien, deren Stellenwert und Querverbindung nicht eindeutig geklärt sind, eher zur Unsicherheit und Schwächung der dringend benötigten konzentrierten Bemühungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung führt. Deshalb sollte es unserer Ansicht nach die

vorrangige Strategie sein, bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen mit Leben zu füllen und auf ihre stärkere Umsetzung hinzuwirken.

Zum Beispiel könnte die „Arbeitsgemeinschaft" des BSHG entsprechend differenziert ausgestaltet werden; dies beinhaltet auch die Möglichkeit, daß der Koordinator eventuell als Geschäftsführer einer solchen Arbeitsgemeinschaft angestellt tätig würde bzw. werden könnte. Er würde dadurch zum einen wahrscheinlich bessere Handlungsmöglichkeiten gegenüber der Kommune gewinnen und zum zweiten natürlich auf einer ganz anderen Vertrauensgrundlage in die Arbeit aller Beteiligten eingebunden werden.

Kruckenberg: Mich wundert, daß es überall so friedlich zuzugehen scheint. Das ist ja etwas ganz Merkwürdiges. Ich hatte immer den Eindruck, daß es bei uns in Bremen relativ friedlich zugehe, aber trotzdem war der Auflösungsprozeß eines Teils des Krankenhauses und der Aufbau neuer, einigermaßen gemeindeintegrierter Einrichtungen nicht nur nach meiner persönlichen Erfahrung etwas oft höchst Schmerzliches, was Konflikte auf allen Ebenen erzeugte, mit den Patienten und unter den Mitarbeitern, mit Behörden und Kostenträgern. Dies scheint mir in der heutigen Diskussion und in den heutigen Vorträgen etwas zurückzutreten. Die positive Seite wurde sehr lebhaft dargestellt, wie an vielen Orten Menschen über das hinaus, wozu sie sozusagen verpflichtet sind, Verantwortung übernehmen und etwas in Bewegung bringen, was ja ganz enorm wichtig und zentraler Inhalt der Psychiatrie-Reform gewesen ist. Man sollte aber diese andere Seite nicht vergessen, daß es in der Psychiatrie-Reform auch um Interessen geht, um Ängste und Interessen der Betreiber, der Kostenträger, auch der Mitarbeiter und natürlich auch der Patienten und der Angehörigen, und daß es dabei dann auch um Konfliktregelung gehen muß.

Vor allen Dingen ist ja bei der Gruppe der chronisch Kranken, die in diesem Bericht zu Recht in den Vordergrund gestellt worden ist, die Fähigkeit, für sich selber Verantwortung zu übernehmen, immer eingeschränkt. Von daher ist es enorm wichtig, Verantwortung genau zu definieren, nämlich die Verantwortung, die einer für diese Gruppe hat und die er dann möglichst auch wahrnehmen soll. Dieses Konfliktfeld zwischen Verantwortung haben und wahrnehmen scheint mir enorm wichtig. Deshalb finde ich den Vorschlag, einen gemeindepsychiatrischen Verbund einzurichten, sehr vernünftig, obgleich das ja auch schmerzlich ist und Autonomie-Einbußen für die verschiedenen Beteiligten beinhaltet, die noch näher diskutiert werden müßten.

Ich möchte hier nur an einer Stelle Kritik anmelden, weil mir die Einbindung des stationären Bereichs in die Behandlungs-Achse ungenügend zu sein scheint. Die Gruppe der chronisch Kranken hat eine langdauernde kontinuierliche Begleitung nötig, die auch den Aspekt der Kontrolle mit umfaßt. Ich halte nichts davon, Einrichtungen in „Gute" und „Böse" zu teilen. Die Behandlung und die Verpflichtung, den Teil von Verantwortung zu übernehmen, den diese Patienten über längere Zeit nicht übernehmen können, muß

Kontinuität aufweisen und den stationären Bereich überschreiten. Wir haben immer noch viel zu viele Stationäres und bräuchten eigentlich eine Struktur, in welcher der stationäre Bereich in den Verbund integ iert ist und sich sozusagen allmählich in die Gemeinde hinein fortsetzen kann. Das scheint mir nicht ausreichend in dem Vorschlag der Expertenkommission berücksichtigt.

Hinzu kommt, daß denjenigen, die auf der Behandlungs-Achse dann zuständig sind, m. E. auch eine den einzelnen Behandlungsplan koordinierende Funktion zukommen sollte. Das ist ja andeutungsweise schon angesprochen worden und bedeutet auch eine schwierige Vermittlungsfunktion, sozusagen auf der unmittelbaren Arbeitsebene. Ich würde gern den etwas rabiaten Vorschlag machen, daß eigentlich in jeder Region eine Institutsambulanz einzurichten ist, die gleichzeitig die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes wahrnimmt, oder umgekehrt, daß der sozialpsychiatrische Dienst als gleichsam externe Institutsambulanz des stationären Bereichs für die Gruppe der chronisch Kranken die verpflichtende Funktion übernehmen sollte, alle Behandlungsaufgaben wahrzunehmen, die sie außerhalb der Klinik in der Region nicht selbständig übernehmen können.

Schwendy: Ich möchte eine Antwort an Herrn Brandt von der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege versuchen. Die freie Wohlfahrtspflege war ja bislang auf den Tagungen der Aktion Psychisch Kranke als Organ nicht vertreten, von daher wird auch ein Fortschritt in unserer Diskussion allein dadurch deutlich, daß Sie jetzt hier sind. Ich glaube, daß Sie in Ihrer Stellungnahme zu diesem Problem der Koordination und des Beirates von Mißverständnissen ausgehen. Den Beirat kann man meiner Meinung nach durchaus als Arbeitsgemeinschaft nach dem BSHG oder nach dem Sozialgesetzbuch konstruieren. – Wir haben uns innerhalb des Modellprogramms auch damit beschäftigt, haben das dann aber fallenlassen. Die Hauptsache ist ja, daß alle Beteiligten – die Kostenträger, die Einrichtungsträger und die Kommunen – sich an einen Tisch setzen und verbindliche Vereinbarungen darüber treffen, wer was macht. Diese Aufgabenverteilung ist eben nicht, wie Ihre Stellungnahme unterstellt, dem Koordinator als Einzelperson zugeschrieben, sondern dem Beirat. Auch dann, wenn man den Beirat rechtlich anders organisiert, erübrigt sich die Notwendigkeit nicht, daß innerhalb der Stadtverwaltung zusätzliche Kompetenz für Planung und Koordination in psychiatrischen Angelegenheiten angesiedelt werden muß. Welches Türschild man den Leuten gibt, ist völlig sekundär; aber in einem solchen Gremium, ob Beirat oder Arbeitsgemeinschaft, muß die Stadt kompetent vertreten sein, und die Stadtverwaltungen und Kreisverwaltungen sind heute in der Regel einfach nicht von vornherein so bestückt mit dem spezifischen Know-how, daß sie da ohne eine spezielle Fachkraft kompetent mitwirken könnten, darum geht es. Der Beirat in welcher Form auch immer, erübrigt nicht die Schaffung solcher Kompetenz bei der Kommunalverwaltung.

Die Auffassung über die Arbeitsteilung vor Ort, die Herr Lorenzen hier

vertritt, halte ich für falsch: Sie machen eine Ist-Analyse des beschränkten Leistungsspektrums ambulanter Dienste und schreiben sie völlig unhinterfragt ins Soll fort.

Hausmann: So kann ich das nicht im Raum stehen lassen, hier wird ja sehr deutlich, daß man in der psychiatrischen Versorgung von verschiedenen Niveaus ausgegangen ist. Wir haben in Hamburg seit 1951 traditionell gewachsene sozialpsychiatrische Dienste. Wir haben sieben Bezirke bei 1,6 Millionen Einwohnern und jeder Bezirk hat einen bzw. zwei bis drei sozialpsychiatrische Dienste, die dezentralisiert und gemeindenah arbeiten. Wir werden zweifelsfrei nicht sieben psychiatrische Abteilungen in je einem Bezirk einrichten, sondern wir haben jetzt zwei und werden die dritte demnächst eröffnen. Wir werden aber darauf drängen, daß wir in jeder Abteilung eine Institutsambulanz einrichten können – unsere Institutsambulanzen arbeiten im übrigen kostendeckend, wir bekommen pro Schein bis 500 DM. Der Institutsambulanz kommt die nachsorgende Behandlung und Betreuung zu, und selbstverständlich wird sich keine Institutsambulanz weigern, wenn es denn sein muß und absolut nicht zu verhindern ist, eine Zwangseinweisung vorzunehmen. Sie wird nicht auf die Idee kommen, den sozialpsychiatrischen Dienst anzurufen und um die Zwangseinweisung eines in der Ambulanz behandelten Patienten bitten. So stellt sich das ja hier fast dar, aber so ist es wirklich nicht. Es kommt besonders darauf an, daß die beiden Dienste kooperieren, und dann wird der sozialpsychiatrische Dienst auch nicht in diese entsetzliche Rolle gedrängt, nur noch Zwangseinweisungen machen zu müssen.

Lorenzen: Ich fühle mich an eine Stelle gedrängt, an der ich wirklich nicht stehe. Ich habe nur deutlich machen wollen, daß es Funktionen gibt, die man besser an unterschiedlichen Stellen ansiedelt. Das Ergebnis unserer Diskussion mit dem sozialpsychiatrischen Dienst habe ich hier vorgetragen; wir haben diesen Punkt als einen Unterschied angesehen. Selbstverständlich arbeitet der sozialpsychiatrische Dienst in Hamburg therapeutisch. Es gibt aber bestimmte kontrollierende Funktionen, die man m. E. im Interesse des Patienten lieber aufteilt. Es kann sogar sinnvoll sein, sie an zwei verschiedenen Stellen anzusiedeln. Es kommt überhaupt nicht in Frage, daß wir in der Institutsambulanz uns sozusagen für die negativen Anteile in der Betreuung eines anderen Dienstes bedienen, das ist nicht mein Ansatz. Aber der Zugang zu den verschiedenen Diensten geschieht halt auf unterschiedliche Weise: die sozialpsychiatrischen Dienste gewinnen ihre neuen Patienten traditionellerweise – und nicht, weil wir das so wollen – überwiegend über Fremdmeldung, weil sie nach dem Hamburger Psychisch-Kranken-Gesetz eben dafür zuständig sind. So gewinnt die psychiatrische Ambulanz ihre neuen Patienten nicht, und diesen Unterschied muß man doch sehen, wenn man Strukturen ableiten will.

Kulenkampff: Ich finde, dies war eine interessante Diskussion über alle möglichen Aspekte gemeindepsychiatrischer Versorgung – bloß über den Verbund hat niemand gesprochen. Das liegt vielleicht daran, daß sich keiner

so richtig vorstellen kann, was das für eine Herausforderung ist. Herr Kruckenberg, als erfahrener Mensch in so einer Kommune, hat das als einziger erkannt. Es handelt sich ja nicht darum, daß drei verschiedene Einrichtungen ganz nett zusammenarbeiten, sondern der Verbundgedanke geht ja weiter. Ich habe das eingekleidet in den Begriff der „funktionalen Einheit", die eine bestimmte Rechtsform haben soll. Das bedeutet Verlust von Autonomie bei den verschiedenen Teilen, bei Regenbögen und Kukkucksnestern und dergleichen mehr, ob sie sich nun auflösen in so einer Einheit oder sich als Holding wiederfinden. Es würde mich in einer nächsten Diskussion auch interessieren, was die freie Wohlfahrt dazu sagt.

II. Kommune und Gemeindepsychiatrischer Verbund

Möglichkeiten der Planung und Steuerung beim Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgung

R. Kukla

Bei der Betrachtung des Themas „Überregionale Anstöße und kommunale Verwirklichung" fielen mir einige Dinge auf, die ich im Sinne einer Vorbemerkung nennen möchte:

Zum einen: Wenn über Möglichkeiten der Planung und Steuerung gesprochen wird, so ist die Notwendigkeit, zu steuern und zu planen, stillschweigend vorausgesetzt. Zum anderen: Wenn über den Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgung gesprochen wird, so meine ich damit im wesentlichen den gemeindepsychiatrischen Verbund. Damit sind einige institutionelle Bausteine der gemeindepsychiatrischen Versorgung ausgeblendet. Am Beispiel der Krankenhausbedarfsplanung oder der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte zeigt sich jedoch, daß dies in aller Breite zu besprechen, den Rahmen des Referates sprengen würde.

Schließlich: „Überregionale Anstöße und kommunale Verwirklichung" klingt nach einem von oben nach unten gerichteten Reiz-Reaktionsschema, nach einem einfachen Ursachen-Wirkungsschema, das in der Realität so sicherlich nicht existiert. Um der Wirklichkeit gerechter zu werden, müßte der Komplex eher auf der Basis einer differenzierten systematischen Betrachtungsweise aufgearbeitet werden; dies erspare ich mir und Ihnen.

Lassen Sie mich jedoch, bevor ich mich anhand einiger praktischer Beispiele dem Thema zu nähern versuche, wenigstens einige allgemeine Anmerkungen in diesem Sinne machen:

Planung und Steuerung vollzieht sich in der komplexen Interaktion verschiedener Beteiligter. Selbst wenn ich die Kostenträger und die unmittelbar in der Betreuung der Patienten stehende Mitarbeiter einmal herauslasse, bleiben mit dem staatlichen Bereich (Bund, Land, Regierungspräsident), dem Bereich der kommunalen Selbstverwaltung (Landschaftsverbände, Städte, Kreise und kommunale Spitzenverbände), dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege (Verbände, Träger, Fachgesellschaften) sowohl insgesamt, wie auch unter dem Aspekt der Überregionalität, gegenüber dem kommunalen Bereich immer noch genügend Beteiligte übrig, um zu zeigen, wie komplex das Gefüge ist.

Ich nehme dies nicht als Raster für die weiteren Schilderungen, sondern bitte Sie, diese Komplexität zu berücksichtigen und in Erinnerung zu halten, wenn ich im folgenden verschiedene Beispiele nenne.

Wenn man den Begriff „Möglichkeiten der Planung" instrumentell versteht, stellt sich das ähnlich komplex dar. Reicht doch der Bereich der Planung

und Steuerung von der Informationssammlung über die Entwicklung und Verbreitung von Ideen bis zur behutsamen Begrenzung im Sinne von „Kanalisierung" und weiter zu direkten konzeptionellen, planerischen, finanziellen Anstößen im Sinne eines aktiven „In-die-Hand" oder „an den goldenen Zügel" Nehmens – um nur einige Beispiele zu nennen.

Wenn ich eben sagte, daß ich überregionale Anstöße und kommunale Verwirklichung nicht als von oben nach unten gerichtetes Reiz-Reaktionsschema verstehe, muß ich doch feststellen, daß sich die Psychiatrie-Reform etwa seit Ende der 60iger Jahre zumindest hier im Rheinland zunächst im wesentlichen nach diesem Muster abgespielt hat. Die wenigen, die vom Land oder vom Landschaftsverband her – allen voran Caspar Kulenkampff – die Leitlinien und Grundsätze einer Psychiatrie-Reform ab Ende der 60er bis Mitte der 70er Jahre formulierten, kamen sich oft vor, wie Wanderprediger oder Handlungsreisende, die versuchten, ihre Ideen im kommunalen Bereich zu verbreiten und andere zum Handeln anzustiften.

Man reiste in die Städte und Kreise und versuchte einem mehr oder minder erstaunten Publikum klarzumachen, daß es dort Bürger gibt, die der Hilfe „vor Ort" bedürfen und daß dafür nicht schlichtweg „die in Köln" oder „die in Düsseldorf" zuständig sind.

Es ist sicher Ausdruck von – Gott sei Dank – wesentlich geänderten Bedingungen, daß wir heute an der Basis fast überall eine Fülle von Initiativen haben, die den Bedarf mehr oder minder lauthals artikulieren, und daß wir daher heute auch von der notwendigen Figur eines Koordinators sprechen können.

Parallel zu dieser Entwicklung veränderten sich auch die Denkweisen und Begriffe: Während z. B. zunächst in zentralistischer Planungsattitüde selbsterdachte Planungs- oder Versorgungsgebiete zugeschnitten wurden, sprechen wir heute eher von der Deckungsgleichheit mit kommunalen Gebietsgrenzen. Während zunächst noch von der gemeindenahen Psychiatrie die Rede war, sprechen wir heute von der Entwicklung in der Gemeinde und dem gemeindepsychiatrischen Verbund. Aus eigenem Erleben kann ich sagen, daß sich zunächst die Entwicklung im außerstationären Bereich eher mit Hilfe bürokratischer Instrumente wie Förderungstöpfen und Richtlinien vollzog, im Laufe der Entwicklung aber festgestellt werden konnte, daß es immer wichtiger wurde, Informationsaustauschmöglichkeiten zu schaffen und zum Beispiel eine Verwaltung wie den Landschaftsverband als Informationsdrehscheibe zu nutzen. Damit könnte Verwaltungshandeln zunehmend zum Ausdruck einer Dienstleistungs-Ideologie geraten – hoffentlich!

Eine weitere Entwicklungslinie ist folgende:

Während zunächst so ziemlich alles gut geheißen wurde, was als Alternative zur stationären Betreuung Erfolg zu versprechen schien, zeigte sich mit der zunehmenden Zahl und Komplexität der Angebote, daß die zunächst notwendige Grundhaltung „Laßt viele Blumen blühen" nicht mehr ausreichte,

sondern daß es notwendig war, stärker in Entwicklungen einzugreifen und zu gestalten.

Etwa parallel zur Diskussion in der Expertenkommission stellte sich damit auch im Rheinland die Notwendigkeit, über Verbundlösungen nachzudenken. Daß solche Verbundlösungen neben den fachlichen Vorteilen, die häufig beschrieben wurden, auch finanzielle Vorteile im Sinne eines optimalen Ressourceneinsatzes haben, versteht sich von selbst.

Als Beispiel für einen „überregionalen Anstoß" (im Sinne des Themas) möchte ich Ihnen die Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland vorstellen. Sie werden sehen, daß damit bereits – wenigstens ansatzweise – Elemente des gemeindepsychiatrischen Verbunds verwirklicht sind.

Auslöser für die Idee der Sozialpsychiatrischen Zentren war zum einen die fachlich zu beklagende „Zersplitterung" in der Entwicklung, zum anderen aber auch ein ganz pragmatischer Gesichtspunkt, was die Finanzierung angeht. Nachdem die Förderung des Bundes in den drei Modellregionen des Rheinlandes auslief, zeigte sich, daß für den überwiegenden Teil der Angebote eine Weiterfinanzierung, sei es im Sinne einer Regelfinanzierung, sei es über das Land oder auch über die Kommune, erreichbar war. Als am wenigsten finanziell abgesichertes Element schien – wegen der Zurückhaltung der Kommunen – das der Kontakt- und Beratungsstelle. Es drängte sich daher die Überlegung auf, die Kontakt- und Beratungsstelle nicht nur finanziell wenigstens etwas abzusichern, sondern sie als wichtiges und bewährtes, sozusagen „basisnahes" Angebot auch zum Kristallisationskern einer Verbundlösung werden zu lassen.

Die 1987 in der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland verabschiedeten „Grundsätze" bezogen sich daher auch auf die Förderung von sog. „weiterentwickelten Kontakt- und Beratungsstellen". Der Begriff des „Sozialpsychiatrischen Zentrums" taucht zunächst nur als Untertitel auf. Uns ist – ehrlich gesagt – nichts besseres eingefallen und inzwischen hat sich dieser Begriff eingebürgert.

Nach diesen „Grundsätzen" ist das Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ) eine gemeindenahe Einrichtung, die im vor- und nachstationären Bereich ein ambulantes Angebot von Betreuung, Beratung, Kontaktmöglichkeit und Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen innerhalb einer festumrissenen Region in enger Kooperation mit den übrigen Diensten und Einrichtungen vorhält.

Erreicht werden sollen insbesondere chronisch psychisch Kranke, die ein dauerhaftes Betreuungsangebot benötigen. Durch die niedrige Zugangsschwelle ist es auch für sonst schwer zugängliche bzw. kontakt-schwierige und daher oft unterversorgte Klientengruppen geeignet.

Das Angebot des sozialpsychiatrischen Zentrums muß zu besucher-freundlichen Tageszeiten insbesondere auch in den Abendstunden und an Wochenenden zur Verfügung stehen. Eine Kontaktaufnahme mit dem Sozialpsychia-

trischen Zentrum oder einzelnen Mitarbeitern muß für Krisenfälle rund um die Uhr gesichert sein. Das Sozialpsychiatrische Zentrum darf sich nicht nur an solche Klienten richten, die selbst die Initiative ergreifen (Komm-Struktur), sondern muß auch Möglichkeiten der aktiv nachgehenden Hilfe (Geh-Struktur) beinhalten. Das Sozialpsychiatrische Zentrum soll im Idealfall folgende Angebote bündeln:

- Einzelberatung/Gesprächsgruppen
- Kontakt-/Freizeitmöglichkeiten/Patientenclub
- Tagesstrukturierende Angebote im Sinne einer integrierten Tagesstätte
- Betreuung von Wohngruppen
- Ambulanter Dienst zur nachgehenden Betreuung am Arbeitsplatz (PSD)
- Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Behinderte
- Aufsuchende und nachgehende ambulante Betreuung.

Angehörige und wichtige Bezugspersonen des sozialen Umfeldes sind, soweit erforderlich, einzubeziehen. Die Angebote beinhalten selbstverständlich nicht nur professionelle Hilfen, sondern natürlich auch Laienhilfe.

Soweit aufgrund regionaler Besonderheiten das Gesamtangebot des sozialpsychiatrischen Zentrums nicht von einem Träger vorgehalten werden kann, sind in Ausnahmefällen Kooperationsformen mit anderen Trägern möglich.

Als Voraussetzung für die Förderung sind genannt,

- daß sich der Träger des Sozialpsychiatrischen Zentrums zu einer Zuständigkeit für ein definiertes Versorgungsgebiet verpflichtet und daß
- die Aufgaben unter Beteiligung der Kommune, in Abstimmung und Zusammenarbeit mit der örtlichen Gesundheitsbehörde, mit der örtlich zuständigen klinischen Behandlungseinrichtung, mit den niedergelassenen Ärzten sowie mit sonstigen relevanten Diensten und Einrichtungen im Versorgungsgebiet wahrgenommen werden.

Die Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist verpflichtend.

Der Träger muß bereit sein, an einer Facharbeitsgemeinschaft teilzunehmen. Er muß bereit sein, eine multi-professionelle Arbeitsweise sowie Supervisions- und Fortbildungsangebote sicherzustellen.

Er muß Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch Kranken/seelisch Behinderten besitzen.

Bei der Einstellung sind Beschäftigte des Landschaftsverbandes Rheinland vorrangig zu berücksichtigen (dies wegen der Kapazitäts-Reduzierung der stationären Einrichtungen).

Voraussetzungen für eine Förderung ist, daß der Träger mindestens je ein Angebot in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Freizeit bereits vorhält oder in einem vertretbaren Zeitraum realisieren kann. Hinsichtlich der Konzeption der Organisation sowie des Aufgabenumfangs muß auf dieser Basis Einvernehmen bestehen.

Die Förderung geht von der Überlegung aus, daß Teile der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums bereits heute finanzierbar sind:

Die Betreuung von Wohngemeinschaften über die entsprechende Förderrichtlinien des Landschaftsverbandes, der Psycho-soziale Dienst aus Mitteln der Hauptfürsorgestelle, die Tagesstätte nach dem BSHG.

Hinsichtlich der Beschäftigungsmöglichkeiten soll geprüft werden, inwieweit zum Beispiel Finanzierungsmöglichkeiten als ambulante Beschäftigungstherapie oder auch im Rahmen von ausgelagerten Plätzen einer Werkstatt für Behinderte möglich sind. Ein Teil der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums sind andererseits eindeutig örtlich zu finanzierende Aufgaben im Sinne offener Hilfen. Insofern ist eine volle Funktionsfähigkeit nur im Zusammenhang mit einer finanziellen Beteiligung der Kommune abzusichern.

Der Landschaftsverband beteiligt sich an der Finanzierung des Sozialpsychiatrischen Zentrums mit den Personalkosten incl. der Nebenkosten für eine Vollzeitkraft. Real bedeutet dies einen Festbetrag von 60 000,– DM pro Jahr.

Um es noch einmal zu wiederholen, die Grundüberlegung war:

Das Sozialpsychiatrische Zentrum sollte eine weiterentwickelte Kontakt- und Beratungsstelle sein, mit der Möglichkeit der Krisenintervention und angelagerten Möglichkeiten der Wohngemeinschaftsbetreuung, des psycho-sozialen Dienstes, einer integrierten Tagesstätte und Beschäftigungsmöglichkeiten. In der Bündelung dieser Angebote steht es im Schnittpunkt der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, klinischen Angeboten, dem sozialpsychiatrischen Dienst der Kommune und sonstigen Diensten und Einrichtungen. Die Idee war nun, die entsprechenden Träger durch die Finanzierung einer einzigen Stelle zusätzlich zu den bereits finanzierbaren Angeboten weiter abzusichern und über diesen Weg zu einer Verbundlösung zu motivieren.

Diese Idee ist übrigens nicht am „grünen Tisch" entstanden. Sie wurde entwickelt in dem direkten Beziehungsgeflecht zwischen Landschaftsverband und den Trägervereinen; d. h. es wurde vieles aus der aktuellen Diskussion in der „Szene" aufgenommen.

Vergleicht man das Sozialpsychiatrische Zentrum mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund der Expertenkommission, so sind die Bausteine weitgehend deckungsgleich. Eine leichte Akzentverschiebung liegt darin, daß die Sicherstellung des Gesamtangebotes in den „Grundsätzen" für die Sozialpsychiatrischen Zentren nur in Ausnahmefällen über Kooperationsformen ausgestaltet werden sollte. Dahinter stand die Erfahrung, daß in den Sektoren, in denen einzelne Träger sozusagen „Monopole" besaßen, sich erfreulicherweise besonders umfassende Angebote entwickelten. Es sollte aber keineswegs ausgeschlossen sein, daß, so wie im Bericht der Expertenkommission vorgesehen, entsprechend ausgestaltete Verträge zwischen den einzelnen Verbundkomponenten beschlossen werden können, oder daß

durch Vereinigung verschiedener Träger unter einem organisatorischen Dach das Angebot verklammert wird. Ebenso wie von der Expertenkommission wurde das Sozialpsychiatrische Zentrum als ein möglicher Motor in der Entwicklung angesehen und auch als ein wichtiges Instrument bei der örtlichen Bedarfsklärung. Besonders wichtig war uns aber, daß – einfach gesagt – Angebote in den verschiedenen Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit mit Beratung und Betreuung verknüpft werden.

Zum besseren Verständnis muß ich den Kontext, in dem sich die Entwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren vollzog, etwas einbeziehen.

Sie muß im Zusammenhang gesehen werden mit der Entwicklung der Gemeindepsychiatrie im Rheinland insgesamt. Um nur einige Beispiele zu nennen: Wir haben im Rheinland inzwischen über 34 Tageskliniken, eine zweistellige Zahl von Institutsambulanzen, eine hohe Zahl niedergelassener Nervenärzte und Psychologen, über 1200 Plätze in Wohngemeinschaften bzw. im betreuten Wohnen, fast 800 Plätze in spezialisierten Wohnheimen und über 1000 Plätzen in spezialisierten Übergangsheimen. Dazu kommen unterschiedlich gut besetzte Sozialpsychiatrische Dienste bei den Kommunen und schließlich Modelle wie die ambulante psychiatrische Pflege durch Sozialstationen (Landesprogramm, Programm des Landschaftsverbandes Rheinland), ein Modell zur Familienpflege an verschiedenen Kliniken, 18 psycho-soziale Dienste zur Betreuung im Arbeitsleben (und zwei weitere Planungen) sowie positive Entwicklungen im Bereich Arbeit für psychisch Behinderte (Trainingsarbeitsplätze, spezialisierte Plätze in Werkstätten für Behinderte, Selbsthilfefirmen, ambulante Arbeitstherapie). In vielen Städten und Kreisen – längst nicht in allen – sind also Elemente, die sich zu verknüpften lohnt, überhaupt vorhanden.

Die Idee, Verbundsysteme zu schaffen, ist im Rheinland vor diesem Hintergrund breit diskutiert worden. Sie ist in verschiedenen Ebenen bzw. Teilen des Beziehungsgeflechtes virulent.

Lassen Sie mich drei weitere Beispiele nennen:

- Besonders erfreulich finde ich, daß das Land Nordrhein-Westfalen aus dem Bericht der Expertenkommission die Konsequenz gezogen hat, die Förderung von Koordinatoren vorzunehmen. Den Kommunen werden diese Stellen für 1989 mit 60 000,– DM in den Folgejahren mit jeweils 50 000,– DM bezuschußt. Im Vorgriff wurden sie bereits eingerichtet z. B. in Duisburg, im Oberbergischen Kreis und in der Stadt Köln. Soweit mir bekannt ist, wird aber auch in einigen weiteren Stadträten und Kreistagen die Einrichtung von Koordinatorenstellen gefordert.

Dabei zeigt sich, daß die Psychiatrie durchaus auch zum kommunal-politischen Thema geworden ist. Dazu mag beigetragen haben, daß fast überall Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften vorhanden sind und zum Beispiel in Essen und Wuppertal Arbeitsgemeinschaften der Träger gebildet wurden. In einer Reihe von Städten sind inzwischen auch Psychiatrie-Pläne vorhanden,

so zum Beispiel in Köln, Duisburg, Essen, Kreis Wesel, Kreis Mettmann etc. Darüber hinaus sind in einer Reihe von Städten und Kreisen derartige Psychiatrie-Pläne in der Erarbeitung (Rheinisch-Bergischer Kreis, Erftkreis, Kreis Kleve, Remscheid, Bonn usw.).

Das Land hat im übrigen einen weiteren wichtigen Anstoß gegeben. Wie eben bereits angedeutet, werden aus Mitteln des Landes sozialpsychiatrisch erfahrene Pflegekräfte an Sozialstationen mit einem Personalkostenzuschuß gefördert (für je 2 Kräfte jeweils 20 000,– DM). Dabei strebt das Land eine flächendeckende Versorgung an.

Eine interessante Entwicklung hat sich auf der Seite der Träger ergeben. Im Dezember vergangenen Jahres haben sich Hilfs- und Trägervereine (im wesentlichen Träger von sozialpsychiatrischen Zentren) in einer Arbeitsgemeinschaft „Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V. – AGPR" zusammengeschlossen. Ihre Aufgabe sieht die AGPR (stichwortartig zusammengefaßt) vor allem darin: Gemeinsame Interessenvertretung, Aufbau eines Fortbildungscurrikulums, Koordination und Integration der bestehenden Facharbeitskreise, Entwicklung und Erprobung von Verwaltungs- und Serviceleistungen zur Arbeitsvereinfachung und Effektivitätssteigerung, Entwicklung von Qualitätsstandards im Bereich der ambulanten Arbeit.

Dabei sieht sich die AGPR einem ausdrücklich sozial-psychiatrischen Ansatz verpflichtet. Die Angebote sollen vorrangig chronisch psychisch Kranken und von Chronifizierung ihrer Erkrankung bedrohten Menschen zur Verfügung stehen. Die Angebote sollen so organisiert werden, daß definierte Versorgungsgebiete abgedeckt werden. In diesen Gebieten sollen alle chronisch psychisch Kranke in geeigneter Weise betreut werden. Das System der Angebote muß sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Familien orientieren. Offensichtlich besteht bei den Trägern also ein starkes Interesse an Kooperation und wechselseitiger Hilfestellung, das von den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege, meiner Beobachtung nach, in dieser unmittelbaren Form trotz aller Bemühungen nicht abgedeckt werden kann.

Als einen der Umsetzungsschritte sieht die AGPR im übrigen die Weiterentwicklung ambulanter Betreuungsangebote gemäß dem Konzept der Sozialpsychiatrischen Zentren. Lassen Sie mich daher auf die Sozialpsychiatrischen Zentren noch einmal zurückkommen.

Während im vergangenen Jahr in einem ersten Schritt zehn Sozialpsychiatrische Zentren gefördert wurden, – waren es in diesem Jahr weitere zehn – insgesamt also 20. Die politische Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland hat deutlich gemacht, daß sie gewillt ist, auf dem Weg zu einer Flächendeckung voranzuschreiten.

Sieht man sich das bisher Erreichte an, so läßt sich sagen, daß die Versorgungsangebote eines Zentrums, die in den Richtlinien als Idealfall genannt wurden, bei sämtlichen geförderten Trägern nahezu vollständig vorhanden

und zum Teil in ihrem Umfang inzwischen erheblich ausgebaut wurden bzw. werden. Der Erfahrungsbericht an den Gesundheitsausschuß des Landschaftsverbandes Rheinland weist aus, daß sich nicht nur das beschützte Wohnangebot vergrößert hat, sondern auch – und das ist vom Bedarf her besonders erforderlich – die Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten bzw. die Maßnahmen zur Tagesstrukturierung. Bei letzterem wirkt sich allerdings die nach wie vor ungesicherte Finanzierung sehr hemmend aus. Über ein vollständiges tagesstrukturierendes Angebot im Sinne einer Tagesstätte verfügen daher erst einzelne Sozialpsychiatrische Zentren. Über einen psycho-sozialen Dienst verfügen alle Träger. Nur eingeschränkt vorhanden sind dagegen wegen der Finanzierungsschwierigkeiten die Möglichkeiten zu Hausbesuchen. Ebenfalls erst am Anfang steht der Aufbau von Kriseninterventionsdiensten. Dafür fehlen den Trägern – auch im Verbund – in erster Linie die personellen Kapazitäten. Ein denkbarer Weg könnte hier z. B. die von der Stadt Köln vorgesehene kooperative Verbindung von Sozialpsychiatrischem Zentrum und Sozialpsychiatrischem Dienst sein.

Es hat sich gezeigt, daß die Sozialpsychiatrischen Zentren als Einrichtungen die verschiedenen ambulanten Dienste und Einrichtungen des Trägers zusammenführen und deren Aktivitäten zu einem abgestimmten Betreuungsprogramm bündeln. Hierzu haben die einzelnen Träger ihre interne Informations-, Koordinations- und Kooperationsstruktur verbessert. Ein wichtiges Verbindungsglied ist dabei oft die dienstübergreifende Supervision. Daneben haben sich die Träger auch bemüht, die externe Kooperation zu verstärken. Es zeichnet sich ab, daß sie mit wachsender Bekanntheit zunehmend als Ansprechpartner und Vermittlungsadresse fungieren. Insgesamt läßt sich daher sagen, daß von den Sozialpsychiatrischen Zentren ein positiver Einfluß auf die psychosoziale Versorgung in den betreffenden Regionen ausgegangen ist. Darüber hinaus sind auch weitergehende Impulswirkungen feststellbar. Bei den Gebietskörperschaften ist durch die Förderung der Sozialpsychiatrischen Zentren die Tendenz initiiert bzw. verstärkt worden, die Versorgung im ambulanten und komplementären psycho-sozialen Bereich planerisch aufzuarbeiten, finanziell zu unterstützen, koordinativ zu bündeln und den weiteren Ausbau gezielt anhand von Gesamtversorgungsplänen zu betreiben.

Daß die Entwicklung nicht stehen bleibt, zeigen aktuelle Planungen im Bereich der Stadt Köln. Danach sollen die Sozialpsychiatrischen Zentren gezielt als Instrumente der Bedarfsermittlung im Rahmen des schrittweisen Aufbaus der Versorgung fungieren. Das Angebot soll erweitert werden, insbesondere durch die häusliche Krankenpflege sowie durch ambulante Möglichkeiten der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Zusätzlich soll die Zusammenarbeit mit den für den jeweiligen Bezirk zuständigen Fachkräften des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes intensiviert werden. Bei der Planung der ambulanten Versorgung wird eine enge Verzahnung zwischen Sozialpsychiatrischen Zentren und Tagespflegeheimen angestrebt.

Diese Überlegungen könnten zum Modell werden für die Entwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland überhaupt.

Daß die Idee der Sozialpsychiatrischen Zentren so schnell Realität wurde, könnte man nun kommentieren: „Glück gehabt . . .", oder „Nun ja, wenn es Geld gibt . . .". Aber ich denke, so einfach liegen die Dinge nicht. Lassen Sie mich – anstelle eines eigenen Erklärungsversuchs – auf eine Passage des Schlußberichtes der Expertenkommission verweisen. Sie lautet: „Da Zusammenarbeit für sich selbst keinen Eigenwert darstellt, müssen die Bedingungen derart gestaltet werden, daß sich Kooperation für die Beteiligten lohnt. Zu sorgen ist deswegen dafür, daß für die betroffenen Anbieter durch kooperative Verknüpfungen ein für ihre Tätigkeit nutzbringender Informationsgewinn heraussprungt und ihre Arbeit deutlich erleichtert wird. Ferner sollten die regionalen Verhältnisse den Kooperationswilligen und damit partnerschaftlich Mitarbeitenden finanzielle Vorteile ermöglichen. Und schließlich ist es von erheblichem Belang, daß bei denen, welche die Versorgungsleistungen zu erbringen haben, ein Bewußtsein entsteht, welches zur Identifikation mit der Region als ganzer, ihren Besonderheiten, Problemen und Entwicklungschancen führt. Dabei könnte gleichsam der Selbstwert der Einrichtungen durch Vermittlung des Gefühls gestärkt werden, ‚dazuzugehören' und Mitverantwortung für die Gesamtregion zu tragen."

Meiner Ansicht nach läßt sich zeigen, daß bezüglich der kommunalen Verwirklichung Informationsgewinn, finanzieller Vorteil und Regionenbezug als Bewußtseinselement in allen Ansätzen sowohl des Landes (siehe Koordinatorenförderung), des Landschaftsverbandes (siehe SPZ-Förderung) und auf der Seite der Trägervereine (Bildung der AGPR) gegeben sind.

Die Beispiele zeigen aber auch, daß solche Entwicklungen wie immer dynamisch sind und nicht stehenbleiben. Sie bieten daher auch allen Anlaß zu einer ständigen kritischen Reflexion. Zur diesbezüglichen Warnung habe ich mir selbst ein Zitat von Ionesco auf den Schreibtisch gelegt, das ich empfehlen kann. Es lautet: „Eine Idee ist wahr, wenn sie sich noch nicht durchgesetzt hat. Im Augenblick der allgemeinen Bestätigung wird sie maßlos . . .".

Entstehung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft für die Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen in Essen

K. Gabriel

Es sind Probleme mit Tradition, mit denen wir uns hier befassen. Traditionell ist die negative Einstellung gegenüber psychisch Kranken, die Ablehnung, auf die sie stoßen, die Berührungsängste, die sie provozieren. In der Geschichte der modernen bürgerlichen Gesellschaft waren die psychisch Kranken nur Objekt – Objekt sowohl der Emanzipationsschübe als auch der Entwicklungsblockierungen und der bürokratischen Verhärtungen, um von noch Schlimmeren nicht zu reden. Zu lange wurde vorwiegend verwaltet und isoliert. Im neunzehnten Jahrhundert hat die beginnende massive Isolierung der psychisch Kranken zur Tabuisierung eines Bereiches geführt, in dem Nähe und bewußte Hinwendung Voraussetzung für Fortschritte sind. Im Zeitalter des Absolutismus wurden die sogenannten Irren von der Straße und damit aus dem öffentlichen Bewußtsein verbannt und in „Tollhäuser" gesteckt, die zugleich Zucht-, Korrektions- und Arbeitshäuser für Kriminelle, Bettler, Landstreicher, Dirnen, politisch Unliebsame und Geschlechtskranke waren.

Aufklärung und philanthrophische Grundhaltung im Gefolge der französischen Revolution brachten zwar die Forderung nach menschenwürdiger Behandlung auch der psychisch Kranken, aber zugleich den Zugriff der modernen Bürokratie. Diesem stand ein recht geringer Einfluß der Mediziner gegenüber.

„Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form" – so lautete schließlich 1920 der Titel einer Schrift zweier deutscher Gelehrter, des Juristen Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche. Hier wurde die grauenhafte Option der deutschen Psychiatrie nach 1933 historisch vorbereitet.

Der seit 1945 unternommene Versuch, Menschenwürde in Gegenwart und Zukunft zu sichern, darf die psychisch Kranken nicht erneut ausschließen. Gemeindepsychiatrie – als konsequenteste Form des Abrückens von zentralistischer Versorgung –, Eigenverantwortung und Eigenaktivität, Kompetenz zur Selbsthilfe als wichtige therapeutische Faktoren – das sind Stichworte des Lernprozesses. Aber Lernprozesse sind nie abgeschlossen, ihre Ergebnisse nie endgültig.

Das gilt auch weiterhin. Obwohl in den vergangenen Jahren die Probleme aller psychiatrischen Krankengruppen in der Öffentlichkeit diskutiert und Ansätze für verbesserte Versorgung geschaffen wurden, gibt es immer noch schwere Defizite.

Geweckt wurde das Bewußtsein für die Mängel der psychiatrischen Versorgung nicht zuletzt durch die Psychiatrie-Enquête. Veränderungen und Verbesserungen gab es in den folgenden Jahren durch finanzielle Förderungen von Bund und vom Land in Modellprogrammen, die die Grundlage für gesetzgeberische Verbesserungen und Änderungen bilden sollten.

Auch in Essen wurden die Hauptforderungen der Enquête, wie z. B.:

- Gleichstellung von psychisch Kranken gegenüber somatisch Kranken
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung *aller* psychisch Kranken und Behinderten
- gemeindenahe Versorgung
- Koordination aller Versorgungsdienste

nur ansatzweise verwirklicht.

Bundesweit wurde die Hauptforderung nach Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker sowie die bedarfsgerechte, umfassende Versorgung nicht erreicht. Allerdings enthalten die das Modellprogramm Psychiatrie abschließenden Expertenempfehlungen Anregungen und Forderungen, die in den einzelnen Regionen unter Berücksichtigung der dort bestehenden Strukturen und der Vielfalt der Finanzierungszuständigkeiten realisiert werden können und müssen.

Die Stadt Essen war eine der im Modellprogramm geförderten Regionen und konnte im Modellzeitraum dreizehn Einrichtungen und Dienste neu schaffen. Im gesamten außerstationären Bereich bestand ein eklatanter Mangel – die psychiatrische Versorgung fand vor allem stationär statt. Erschwerend kam hinzu, daß in Essen lediglich die akute und mittelfristige stationäre Behandlung in zwei Kliniken möglich war. Zur Langzeitbehandlung wurden die Patienten in die rund 100 Kilometer entfernte Landesklinik Bedburg-Hau gebracht.

Um nun die stationäre Versorgung psychisch Kranker ortsnah und für *alle* Patientengruppen sichern zu können, plante die Stadt Essen 1978 die Errichtung eines Psychiatrischen Behandlungszentrums. Wegen der angespannten Haushaltslage teilte die Landesregierung 1982 mit, daß eine Realisierung nicht möglich sei. Sie empfahl, nach anderen Lösungen zu suchen und verstärkt den ambulanten und komplementären Bereich auszubauen.

Zu dieser Zeit war die Stadt Essen bereits am Modellprogramm der Bundesregierung beteiligt und es fanden sich kurzfristig Träger, die zur Ausdehnung der Versorgung auf die Psychiatrie bereit waren, die bereit waren, Konzepte für neue Einrichtungen zu erstellen und finanzielle Eigenbeteiligung bei oft ungeklärter Abschlußfinanzierung auf sich zu nehmen.

Die Versorgungslage wurde entscheidend verbessert. Außerdem wurde die Stärkung der nicht-stationären Versorgung durch die wachsende Zahl der niedergelassenen Nervenärzte, durch den personellen Ausbau bei den Beratungsstellen und durch die Wiederbelebung der sozialpsychiatrischen

Arbeitsgemeinschaft mit den Arbeitsgruppen „vorbeugende und nachgehende Fürsorge", „Sucht", „Kinder- und Jugendpsychiatrie", „Alterskranke" begünstigt.

Nachdem durch das Modellprogramm nun eine gewisse Konsolidierung erreicht worden war, galt es, die neugeschaffenen Einrichtungen und Dienste in einem überschaubaren, gut abgestimmten, alle Krankengruppen umfassenden Versorgungsnetz zu verankern. Bisher hatten die Träger psychiatrischer Versorgung in eigener Planungshoheit über Schaffung und Ausbau von Einrichtungen und Diensten entschieden. Nun mußte eine Gesamtkonzeption für das Stadtgebiet erstellt werden, um weitere Planungen sachlich und regional zu koordinieren, untereinander abzustimmen und die einzelnen Dienste besser miteinander zu verzahnen. Die Stadt Essen hätte diese Aufgaben durchaus mit ihrem Gesundheitsamt leisten können, doch wurde es für sinnvoller gehalten, alle an der psychiatrischen Versorgung im engeren Sinne beteiligten Träger partnerschaftlich in diese Aufgabe einzubinden.

Um zu verhindern, daß Planungen unkoordiniert oder sogar am Bedarf vorbei betrieben wurden, versuchte die Stadt, zum Abschluß des Modellprogramms mit allen Trägern einen Verein zu gründen. Das scheiterte jedoch an formalen Vorbehalten der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Da aber grundsätzlich Einvernehmen bestand, einen Zusammenschluß zu bilden, wurde im Dezember 1986 auf der Grundlage eines Satzungsentwurfs die Gründung einer „Arbeitsgemeinschaft für die Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen in Essen" vereinbart. Elf Träger nahmen an der konstituierenden Sitzung teil – bis heute sind 29 Träger Mitglied der Arbeitsgemeinschaft geworden.

Neben den freien Trägern psychiatrischer Versorgungseinrichtungen sind das die fünf Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, die Arbeitsgemeinschaft der Essener Krankenkassen, die Ärztekammer, der Obmann der niedergelassenen Nervenärzte, Psychotherapeuten und Psychologen und das Gesundheitsamt.

Ziel des Zusammenschlusses ist es, die in den letzten Jahren erreichten Verbesserungen gemeinsam zu sichern und auszubauen. Die Arbeitsgemeinschaft hat konkrete Planungshoheit. Sie wird keinesfalls eigene Einrichtungen gründen oder unterhalten oder Einfluß auf die inhaltliche Arbeit der einzelnen Träger nehmen.

Hauptaufgaben der Arbeitsgemeinschaft sind die Ermittlung und die Fortschreibung von Bestand und Bedarf – sowohl regional als auch sachlich; die Erstellung einer Gesamtkonzeption, die Koordinierung der Planung, die Versorgung aller psychiatrischen Krankengruppen in Essen, die Öffentlichkeitsarbeit und damit die Sensibilisierung für psychiatrische Problemstellungen.

Zuerst mußte es also eine Bestandsaufnahme geben. Durch eine grafische

Darstellung konnte zum ersten Mal veranschaulicht werden, wie ungleich die Verteilung der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen im Stadtgebiet ist. Unschwer war eine Ballung im Stadtkern und – zum anderen – eine erhebliche Unterversorgung in den nördlichen Stadtgebieten zu erkennen.

Danach wurden alle Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft gebeten, Bedarf zu benennen. Nach der Feststellung dieses Bedarfs kam es zur für die Realisierung notwendigen Festlegung von Prioritäten.

Wichtigstes Organ für die Weiterentwicklung der Planung ist der Beirat. Er besteht aus Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft, aus einzelnen Sachverständigen wie Vertretern des Arbeitsamtes und des Berufsförderungszentrums; darüber hinaus werden jeweils Sachverständige zu besonderen Themenbereichen eingeladen. Um die Politik zu informieren und in die Planungen einzubeziehen, ist je ein Vertreter der Rats-Fraktionen Mitglied des Beirates.

Vieles wurde schon in den bisher drei Jahren Arbeit geleistet: Bestands- und Bedarfsfeststellungen wurden erörtert, es wurden Bedarfszahlen für die unterversorgten Gebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, Rehabilitation und Versorgung chronisch psychisch Kranker festgelegt. Außerdem wurden Anträge für die Finanzierung beraten, und zwar für Kontaktstellen, psychiatrische Pflege in Sozialstationen, psychologische Beratung für Frauen nach sexuellem Mißbrauch, beschützte Arbeitsplätze für psychisch Behinderte, Tageskliniken für Kinder und Jugendliche und psychisch veränderte alte Menschen. Soweit erforderlich, wurden solche Anträge mit befürwortendem Votum an den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und an den Landschaftsverband Rheinland gerichtet. Im Suchtbereich wurden Anträge auf notwendige Erweiterungen – stationär wie komplementär, zum Beispiel für die Schaffung von Heimplätzen für abgebaute Suchtkranke – an die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und an den Landschaftsverband Rheinland gerichtet.

Für bestimmte Krankengruppen ist eine längerfristige stationäre Behandlung weiterhin unerläßlich. Da zur Zeit der Krankenhausbedarfsplan neu erstellt wird und dem Vernehmen nach ein Bettenüberhang im somatischen Bereich vorhanden ist, wurden dem Gesundheitsministerium die Bedarfsfeststellungen auf stationärem Gebiet dargelegt. Der Minister wurde gebeten, einen Teil der im somatischen Bereich zu reduzierenden Betten als psychiatrische Betten vorzusehen und für einige Krankengruppen längerfristige Behandlungsmöglichkeiten nunmehr in Essen zu schaffen.

Um psychisch Kranke und Behinderte umfassend versorgen zu können, müssen überschaubare Regionen geschaffen werden. Dort sind Transparenz und Kooperation für patientenorientierte Planungen besser zu verwirklichen. Zunächst wurde die Sektorierung des Stadtgebietes vorbereitet. Ausgehend von den drei psychiatrischen Kliniken beziehungsweise Abteilungen – der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik, des Katholischen

Philippus-Stifts und der Evangelischen Huyssens-Stiftung – wurde das Stadtgebiet in drei Regionen unterteilt. Als erster Schritt wurden psychisch Kranke bei Notaufnahmen nach dem Regionalverfahren auf diese drei Kliniken oder Abteilungen verteilt. Nach einjähriger Erprobung wurde sowohl im Beirat als auch später im zuständigen Ratsausschuß beschlossen, dieses Verfahren beizubehalten. Selbstverständlich hat weiterhin die Entscheidung des Kranken Vorrang, bei längerfristiger Behandlung ein Krankenhaus seiner Wahl aufzusuchen, zum Beispiel eines, in dem er möglicherweise schon bekannt ist.

Was in den Empfehlungen der Expertenkommission als „Gemeindepsychiatrischer Verbund" definiert ist, ist sozusagen die Grundausstattung der drei Versorgungsregionen mit niedergelassenen Nervenärzten, sozialpsychiatrischem Dienst, den Ärzten für Allgemeinmedizin, den Kontakt- und Beratungsstätten, Wohngemeinschaften, einem psychosozialen Dienst zur beruflichen Wiedereingliederung. Die zur Zeit vorhandenen drei Tagesstätten bieten alten Menschen tagesstrukturierende Hilfen. Für jüngere chronisch Kranke sind allerdings zur Zeit noch keine Tagesstätten vorhanden. Die Ärzte für Allgemeinmedizin habe ich mit Bedacht in dieser Aufzählung erwähnt, weil sie in ihrer Funktion als Hausarzt vor allem bei alten Menschen einen nicht unerheblichen Anteil psychiatrischer Versorgung übernehmen.

Es gilt jetzt weiterhin, in den Versorgungsregionen Transparenz und Kooperation herzustellen, um Defizite zu erkennen und Abhilfe zu schaffen. Je nach Struktur der Regionen werden nicht alle Versorgungsangebote gleichermaßen notwendig sein. Ziel ist allemal die Integration *aller* Krankengruppen und damit die Vermeidung von Ausgrenzungen.

Ein besonders ernsthaftes Defizit in allen drei Regionen ist der Mangel an stationären langfristigen Behandlungsmöglichkeiten für chronisch psychisch Kranke. In diesen Fällen muß immer noch die Landesklinik Bedburg-Hau die Behandlung übernehmen. Der Mangel an Wohnheimplätzen und Wohngemeinschaften auch für ältere chronisch Kranke wirkt sich immer noch auf die seit September 1985 verstärkte Rückführung von Langzeitkranken in ihren Heimatort aus. Da es nicht genügend geeignete Wohnangebote gibt, haben wir es hier mit einer Stagnation zu tun.

Auch hier gilt, daß die Sektorisierung helfen wird, mehr Überschaubarkeit zu schaffen, damit Defizite erkannt werden. Vergessen wir schließlich in diesem Zusammenhang nicht, daß kleinere Versorgungseinheiten leichter zu finanzieren und zudem humaner sind.

Zwei weiterer Problemgebiete hat sich die Arbeitsgemeinschaft angenommen, zweier Gebiete, die eng miteinander verzahnt sind: das eine ist die *umfassende* Versorgung – das heißt die stationäre, teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung der alten psychisch veränderten Menschen und die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte für diesen Personenkreis.

Um auf die desolate Versorgungssituation auf diesem Gebiet hinzuweisen, wurde im November 1988 das „1. Essener Forum für psychosoziale Versorgung" zum Thema „Gerontopsychiatrie – Notstand im Alter" mit namhaften Experten auch aus dem benachbarten Ausland veranstaltet. Ein Fazit dieser zweitägigen Veranstaltung war, daß dringend Versorgungsdienste analog zu dem in den Empfehlungen beschriebenen „Gerontopsychiatrischen Zentrum" geschaffen werden müssen.

Da in Geriatrie und Gerontopsychiatrie vor allem umfassende diagnostische Abklärung notwendig ist, wurde neben Beratungs- und Betreuungsangeboten der diagnostische Schwerpunkt hervorgehoben und beim zuständigen Bundesministerium der Antrag auf Fördermittel für die Einrichtung einer Memory-Klinik gestellt. Deren vorrangige Aufgabe soll es sein, diagnostisch tätig zu werden. Denn bei steigender Lebenserwartung gibt es eine wachsende Zahl von Menschen, welche mit Mehrfacherkrankungen und Mehrfachbehinderungen leben müssen. Um eine umfassende Beratung, Betreuung und erfolgreiche Therapie einleiten zu können, sind präzisere Diagnostik und sicherere Differentialdiagnose notwendig.

Wie schon erwähnt, versorgen die Ärzte für Allgemeinmedizin den größeren Anteil der alten Menschen. Im Hinblick auf multimorbide Krankheitsbilder und gleichzeitiger psychischer Erkrankungen werden psychiatrische Symptome oft unzureichend oder gar nicht behandelt. In diesem Zusammenhang sind die Allgemeinmediziner neben der Diagnostik in dem Bereich der Pharmakaverordnung zu unterstützen. Der alte Mensch leidet zumeist an mehreren somatischen Erkrankungen und folglich wird eine Vielzahl von Medikamenten verordnet, die oft nicht aufeinander abgestimmt sind und Nebenwirkungen begünstigen. Im diagnostischen Bereich sind die verschiedenartigen Syndrome bei körperlicher und psychischer Erkrankung zu ermitteln, um im Interesse einer optimalen Nutzung der erhaltenen Fähigkeiten und zur Verminderung von Fehlbeurteilungen, die sich verschlimmernd auf die Leiden auswirken können, zu gezielten therapeutischen Handlungsvorschlägen zu gelangen.

Im Hinblick auf die seit Jahren unveränderten Personalstrukturen in den Pflegeheimen bei stetig wachsender Zahl verwirrter alter Menschen sind die Pflegekräfte auf gerontopsychiatrische Krankheitsverläufe und somit auf besondere Anforderungen wie aktivierende Pflege, mentales Training, strukturierende Hilfen überhaupt nicht vorbereitet. Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft, zunächst der Chefarzt eines internistischen Krankenhauses mit Schwerpunkt Geriatrie, die Chefärzte der drei psychiatrischen Kliniken und Abteilungen und später niedergelassene Nervenärzte haben in breit angelegten Veranstaltungen begonnen, die Pflegekräfte nachzuqualifizieren. Es zeigte sich, daß der Bedarf und die Annahme der Angebote noch höher als erwartet sind.

Vor dem Hintergrund der immer noch knappen Personalausstattung auf diesem Gebiet kann mittelfristig eine Verbesserung der Pflegesituation nicht erreicht werden.

Probleme erkennen, Defizite benennen, Finanzierungen durch fachlich kompetente Stellungnahmen sichern – das sind Kernpunkte der bisherigen Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft. Der Zusammenschluß wird zunehmend als Gremium anerkannt, das fachlich kompetent plant. Die Stellung der Arbeitsgemeinschaft wird von Entscheidungs- und Kostenträgern mittlerweile als so wichtig angesehen, daß vom Landesministerium, vom Landschaftsverband Rheinland und vom Rat der Stadt Essen Anträge von Trägern nur dann entgegengenommen werden, wenn ein Votum der Arbeitsgemeinschaft vorliegt. Dennoch kann eines nicht übersehen werden: es bedarf immer noch breit angelegter Aufklärung und Durchsetzungskraft, um die notwendigen Versorgungsangebote zu schaffen. Es ist immer noch schwierig, gesetzliche Finanzierungsregelungen durchzusetzen. Lassen Sie mich das bitte an zwei Beispielen erläutern:

Die psychiatrische Pflege durch Sozialstationen wurde in Essen erstmals im Rahmen des Modellprogramms in eine Sozialstation integriert. Es wurde ein Pflegedienst für verwirrte alte Menschen eingerichtet. Aufgrund der positiven Erfahrungen und der Ergebnisse auch in anderen geförderten Regionen hat das Ministerium einen Modellversuch des Landes gestartet. Die geförderte Essener Sozialstation wurde in diesen Versuch aufgenommen, womit die Anschlußfinanzierung für weitere drei Jahre gesichert war. In intensiven Verhandlungen mit den Krankenkassen hat das Land für Essen lediglich erreicht, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse, die Innungskrankenkasse und die Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen ab 1986 solche Leistungen vergüten, die von niedergelassenen Ärzten für Psychiatrie oder Neurologie verordnet werden.

Das Beispiel macht deutlich, wie unterschiedlich Leistungen gewährt werden – obgleich doch allseits Verständnis dafür besteht, daß somatisch Kranke und psychisch Kranke gleichgestellt werden müssen. Für den Personenkreis, dessen Krankenkasse keine Abrechnung vornimmt, ist der Träger der Sozialstation auf die Entscheidungen politischer Gremien angewiesen, um die Erhöhung des Zuschusses durch die Stadt Essen zu erreichen, um das Defizit ausgleichen zu können. Das bedeutet: auf diesem Gebiet der Finanzierung ist eine gesetzliche Regelung aufgrund eindeutiger Erprobungsversuche dringend geboten.

Beispiel zwei: Völlig defizitär ist der Bereich „Arbeit" für psychisch Kranke und Behinderte. Deren Rehabilitation ist kaum möglich, weil die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Zumeist sind Behinderte vor ihrer Erkrankung keiner Beschäftigung nachgegangen, so daß sie durch die Maschen der sozialen Gesetzgebung fallen und Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen. Für diesen Personenkreis müssen verstärkt Finanzierungsmöglichkeiten für Arbeitshilfen in Arbeitserprobungsplätzen, beschützten Arbeitsplätzen, Schwerbehindertenfirmen geschaffen werden. Auf diese Weise kann ihnen der Einstieg nach individuell bemessenen Leistungen – das heißt ausgehend vom jeweiligen Krankheitsverlauf – ermöglicht werden. Gerade dieser Personenkreis ist wegen

der zunehmend verschlechterten Arbeitsmarktsituation zweifellos stark benachteiligt und schwieriger in den Arbeitsprozeß zu integrieren als somatisch Kranke.

Lassen Sie mich zum Schluß noch anmerken, daß durch den besonderen Einsatz einzelner Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft innerhalb der Stadtverwaltung Essen rund 35 und in weiteren Groß- und Kleinbetrieben etwa 35 weitere psychisch Behinderte in Arbeitserprobungsplätze vermittelt werden konnten. Finanzierungshilfen sind auch hier besonders notwendig, um die Chance der Rehabilitation zu festigen.

Diese Finanzierungssituation zeigt, daß es weiterhin sehr auf Bewußtseinsbildung und auf die konsequente Definition notwendiger Versorgungsansprüche ankommt. Um diese notwendigen Reformbemühungen und Finanzierungsregelungen in der psychiatrischen Versorgung weiterzubringen, war die Gründung der Arbeitsgemeinschaft als Zusammenschluß der kompetenten Versorgungsträger unumgänglich.

Meine Damen und Herren, wir sind Kinder eines Zeitalters – ob krank oder gesund. Es kann keine Entschuldigung dafür geben, daß nicht um die Gesundung eines jeden Kranken *innerhalb* der Gesellschaft gerungen wird. In diesem Sinne will die Essener Arbeitsgemeinschaft eine lokale und regionale Lobby der Kranken sein. Sie bemüht sich darum mit Zähigkeit und der zusammengefaßten Kompetenz aller beteiligten Partner.

Die Möglichkeit kommunaler Einflußnahme im Spannungsfeld zwischen Staatlichen Gesundheitsämtern und freigemeinnützigen sozialpsychiatrischen Diensten am Beispiel eines baden-württembergischen Landkreises

St. Karolus

1. Psychiatrieplan im Ortenaukreis

Grundlage war der 1987 nach 6jähriger Arbeit erstellte Psychiatrieplan des Ortenaukreises, der mit zwei Ausschüssen das vorwegnahm, was heute in Baden-Württemberg als Psychiatriearbeitskreis in Landkreisen üblich ist. Er bildet heute die Basis für Kooperation in allen Fragen der Konzipierung neuer Hilfen, Maßnahmen, Dienste und Einrichtungen, der Weiterentwicklung und die Plattform für Entwicklungsprozesse sowie die Klärung strittiger Fragen. Grundlage ist in Zweifelsfragen immer die Zielsetzung des Plans.

Von den großen beiden psychiatrischen Hauptrichtungen einer

a) engen, somatischen Abgrenzung die nur Prozesse akzeptiert, die sich körperlich identifizieren und begründen lassen und
b) der weiten psychosozialen Abgrenzung, die alle von der Norm abweichende Verhaltensweisen unabhängig von ihrer Verursachung in die Definition psychischer Krankheiten einbezieht,

nimmt der Plan von beiden Ansätzen Teile auf und stellte ihn auf folgende Grundlagen:

Er übernahm von der engen somatischen begrifflichen Abgrenzung folgende Ziele:

- die offenen und freiwilligen Hilfen zu stärken
- die Integrationsfähigkeit normaler Lebensstrukturen soweit wie möglich zu sehen, die Selbsthilfekräfte zu stärken und die Hilfen nur im notwendigen Umfang zu professionalisieren
- die Unterdrückung durch Stigmatisierung und Hospitalisierung sowie die Menschenwürde zu wenig achtende Strukturen und Handlungsweisen im Hilfesystem abzubauen.

Dabei war wichtig, die Lage der Betroffenen dadurch nicht zu verschlechtern und notwendige Hilfen mit der Kritik am Krankheitsbegriff nicht abzubauen.

Aber mit der Abschaffung der Begriffe sind keineswegs die Schwierigkeiten der Kranken in der Gesellschaft und der Gesellschaft mit den Kranken behoben.

Bezüglich der weiten Abgrenzung der kritischen Ansätze werden folgende Inhalte aufgegriffen:

- die Notwendigkeit der Koordination und der Kooperation von medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfeansätzen
- die Möglichkeit der Vorsorge durch frühzeitiges Bearbeiten der psychosozialen Schwierigkeiten und ihrer Ursachen
- die Einbindung der Psychiatrie in das soziale Gemeinwesen.

Es sollte dabei jedoch vermieden werden, daß nur die *Experten* vom Bereich Medizin bis zum Bereich Soziales ein fast totalitäres Hilfesystem entstehen lassen. Diese Gefahr ist bei der gegenwärtig quantitativen Besetzung der Dienste ausgeschlossen. Der Plan wollte bewußt auch von den betroffenen Menschen ausgehen, was sich in vielen Planungsphasen niedergeschlagen hat. Insbesondere galt es aber Hilfen zu finden,

- wenn Menschen nach stationärer Behandlung als nicht mehr behandlungsbedürftig entlassen werden, die Krankheit aber nur abgeklungen ist und jederzeit wieder akut werden kann
- wenn Menschen als nicht mehr krank, sondern pflegebedürftig eingestuft werden mit allen Folgen der Stigmatisation in Pflegeheimen etc.
- wenn Menschen infolge ihrer Krankheit in ihren Lebensmöglichkeiten stark behindert sind.

1.1 Planungsphase

Die Planungsphase geschah in zwei Ausschüssen.

a) *Ausschuß der Experten,* in dem bereits die *Staatlichen Gesundheitsämter,* das Psychiatrische Landeskrankenhaus, die Krankenkassen, die Sozialen Dienste, die freien Träger, das Arbeitsamt, Kreispolitiker, die Psychologischen Beratungsstellen des Ortenaukreises und das Planungsbüro teilnahmen.
b) *Ausschuß der Betroffenen,* in dem die Vertreter der Selbsthilfegruppen, die Sozialen Dienste, die Psychologischen Beratungsstellen und vor allem betroffene psychisch kranke Menschen von Anfang an teilnahmen.

Dabei zeigte sich sehr bald die Schwierigkeit des Unterfangens. Während der erste Ausschuß stärker die Planung zu strukturieren hatte, sollte der zweite Ausschuß Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen problematisieren und in den ersten Ausschuß einbringen, der dann die politische Weichenstellung zu verfolgen hatte, weil unter anderem auch Kreispolitiker in diesem Ausschuß vertreten waren. Die Schwierigkeiten, mit zwei Ausschüssen gleichzeitig zu arbeiten, lehrten uns, ein solches Verfahren nie mehr zu wiederholen, denn die Erfahrungen mit einem einzigen Ausschuß in dem alle Anliegen behandelt werden, z. B. in der Altenhilfe oder Behindertenhilfe, waren durchaus besser, weil es keine unterschiedlichen Diskussionsplattformen gab.

Wichtigste Erkenntnis beider Ausschüsse war jedoch, daß gerade die psychisch Kranken eine Plattform hatten, in der sie ihre Probleme einbringen konnten und in denen sie die bisher angebotenen professionellen Hilfen und zwar von seiten der Medizin bezüglich der herkömmlichen Psychiatrie sowohl geschlossen als auch ambulant außerordentlich stark problematisierten und die bisher angebotenen ambulanten Hilfegruppen und Selbsthilfegruppen als nicht ausreichende Hilfe bezeichneten.

Obwohl die Erörterung der Einzelschicksale die Arbeit der Ausschüsse außerordentlich behinderte, war bemerkenswert, daß gerade die psychisch Kranken ihre Anliegen und Wünsche an eine ambulante und stationäre Betreuung deutlich formulierten und dabei oftmals andere Auffassungen vertraten als die Professionellen. Ergebnis – in dem heute bestehenden Psychiatrieausschuß des Ortenaukreises sitzen nach wie vor psychisch Kranke, die sich artikulieren, die konkrete Vorschläge zur Verbesserung ihrer Situation machen und die ihre Wünsche in Richtung Gesundheitsamt, sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrie, Landeskrankenhäuser immer wieder deutlich und wirkungsvoll vertreten, so daß die Professionellen in Bewegung bleiben und sich nicht auf elfenbeinerne Türme zurückziehen können.

2. *Umsetzung des Psychiatrieplanes im Spannungsfeld zwischen Staatlichen Gesundheitsämtern und freigemeinnützigen sozialpsychiatrischen Diensten*

Kooperation ist immer von Personen abhängig und wird nur von Personen gemacht oder nicht. Personen wechseln, und da die Kooperation immer eine Frage der jeweiligen Person ist und der Standorte von der die Kooperierenden kommen, ist sie immer in Gefahr. Gemeinsame Planung, wie bei unserem Psychiatrieplan, verbindet, so daß zwischen den handelnden Personen sehr schnell Kontakte entstehen, die sich auf die tägliche Praxis übertragen lassen. So gelang es, die unterschiedlichen Interessen und Positionen näher zusammenzubringen und insbesondere die ambulanten und stationären Dienste in einen Dialog zu bringen. Daß zuvor heftige Attacken geritten wurden, ließ sich nicht vermeiden und war dem Prozeß eher zuträglich. Nach Kennenlernen der Einrichtungen und Dienste zeichneten sich Annäherungen ab, die es möglich machten, den Plan weiter zu betreiben und Stück für Stück umzusetzen. Insbesondere war es wichtig, *Beratungsstellen für psychisch Kranke,* in Baden-Württemberg sonst „sozialpsychiatrische Dienste" genannt, zu schaffen. Wir wollten bewußt den Begriff „Beratungsstelle für psychisch Kranke" in den Vordergrund rücken, weil der Begriff „sozialpsychiatrische Dienste" uns zu technokratisch und wenig anziehend erschien. Im Mittelpunkt sollte ein *Kontaktzentrum* stehen, das zwischen allen freien Trägern, die sich mit der Problematik und den Beratungsstellen befaßten, gebildet werden sollte. Dabei sollten Wohngemeinschaften, Werkstätten, Wohnheime und das PLK, Besuchsdienste, die Sozialen Dienste der Landkreise, die Telefonseelsorge und andere Beratungsstellen mit eingebaut sein. (Schaubild Seite 97) Wir finden hier das Gesundheitsamt nur unter dem Aspekt „andere Beratungsstellen" – heute kann man sagen, daß es auch im Bereich Kontaktzentrum mitwirkt.

Das Kontaktzentrum hat folgende Funktionen:

- Anlaufstelle für psychisch Kranke und ihre Angehören zu sein
- Freizeit- und Begegnungsmöglichkeiten möglichst täglich zu schaffen
- Bewältigung lebenspraktischer Probleme materieller Fragen, wie z. B. Wohnungssuche, Arbeitssuche, Freizeitgestaltung, Besuchsdienste zu organisieren,
- Kontaktpflege zwischen psychisch Kranken und Laienhelfern, vor allem während der Krankenhausaufenthalte und danach
- Begleitung von Vormundschaften und Pflegschaften durch Informations- und Ausspracheangebote in Zusammenarbeit mit den Sozialen Diensten, psychosoziale Beratung und Begleitung von Kranken in Verbindung mit den Aktivitäten und Begegnungsmöglichkeiten des Kontaktzentrums durch Fachkräfte.

Die Aufgaben der *Beratungsstelle für psychisch Kranke,* die mit Unterstützung des Landes Baden-Württemberg neu geschaffen wurden, sind funktionell eng verbunden mit dem Kontaktzentrum.

Ihre Aufgaben waren die Krisenintervention, die Beratung, die Vermittlung, die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit akutem und intensivem Hilfebedarf insbesondere bei auftretenden Krankheitsschüben, intensive Einzelfallhilfen, die Betreuung von chronisch Kranken und massiv Hilfebedürftigen, die noch keinen Zugang zu den Angeboten der Kontaktzentren finden können.

Ferner bieten sie an:

- gezielte einzel-, familien- und gruppentherapeutische Angebote
- Prävention in Zusammenarbeit mit dem Kontaktzentrum
- Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit dem Kontaktzentrum.

Ein entscheidender Punkt war, daß im Lande Baden-Württemberg unmittelbar nach der Verabschiedung des Psychiatrieplanes überall sozialpsychiatrische Dienste gegründet werden konnten, so daß eine finanzielle Sicherung vorhanden war. Vom ursprünglichen Vorschlag des Psychiatrieplanes, der es als notwendig ansah, für den gesamten Ortenaukreis mit 355 000 Einwohnern *17,5 Mitarbeiter* für die Beratungsstellen für psychisch Kranke einzustellen, blieben aufgrund des verhaltenen Einstiegs des Landes insgesamt 7 Mitarbeiter übrig, die heute in Beratungsstellen für psychisch Kranke arbeiten. Immerhin ist es gelungen, fast im ganzen Kreis Gruppenarbeit aufzubauen. Der Kontakt zu den psychisch Kranken ist enger geworden. Der regelmäßige Besuch im PLK ist heute gesichert, so daß die Mitarbeiter der Beratungsstellen für psychisch Kranke, einem Ondit nach, dort manchmal

besser bekannt sein sollen, als manche Pfleger und Ärzte, wegen ihres ständigen Wechsels. Was entscheidend ist: Bei der Konzeption der Beratungsstelle für psychisch Kranke wurde das Fach *Psychologie* ausdrücklich mit einbezogen. Neben Sozialarbeitern sind dort Psychologen beschäftigt. Die Mitarbeiter treffen sich im regelmäßigen Verbund. Sie erhalten Supervision durch einen Facharzt psychoanalytischer Herkunft. Bei dem jetzt vorgestellten Konzept der Lahrer Beratungsstelle für psychisch Kranke wurde im Gegensatz zu anderen Konzepten in Baden-Württemberg der Vorschlag des Psychiatrieplans verfolgt und die Beratungsstelle für psychisch Kranke an der Psychologischen Beratungsstelle (früher Erziehungsberatungsstelle) eingerichtet. Die selbständige Stelle steht unter der Fachaufsicht des Leiters der Psychologischen Beratungsstelle in Personalunion. Durch einen regelmäßigen Austausch gelingt es, alle ambulanten Hilfen zu vernetzen, das Zusammenwirken mit den Sozialen Diensten und Psychologischen Beratungsstellen zu verstärken und weitere notwendige ambulante und stationäre Hilfen aufzubauen. Im gesamten Ortenaukreis sind fünf Beratungsstellen vorhanden mit unterschiedlicher Trägerschaft.

a) des Ortenaukreises bei *zwei* Psychologischen Beratungsstellen in den Räumen Lahr und Kehl (Kehl im Aufbau)
b) des Caritasverbandes in den Räumen Offenburg Land und Achern
c) der Diakonie im Kinzigtal
d) der Arbeiterwohlfahrt in der Stadt Offenburg.

Der Psychiatrieausschuß sorgt für einen *regelmäßigen Verbund*. Entsprechende Kooperationsverträge sind abgeschlossen.

2.2 Vernetzung stationärer und ambulanter Hilfen

Das PLK arbeitet im Psychiatrieausschuß weiter mit. Jeweils ein Mitarbeiter der Beratungsstelle ist für einen Vormittag wöchentlich im PLK, um mit den Klienten des Versorgungsgebiets Kontakt aufzunehmen und zu halten. Die Zusammenarbeit mit stationären Hilfen ist durch die Unterstützung der Beratungsstelle über längere Zeiträume hinweg im sozialen Umfeld, insbesondere bei Wohnungs- oder Arbeitssuche, befriedigend. Die Beratungsstelle arbeitet in Patientenclubs und im Kontaktzentrum mit. Sie kooperiert mit den freien Verbänden, die Träger des Beratungszentrums sind. Eine Angehörigengruppe psychisch kranker Menschen wurde aufgebaut. Die Besuchsdienste Ehrenamtlicher werden aufgebaut.

Krisenintervention kann leider nur im Ausnahmefall geleistet werden. Sie ist beim derzeitigen Personalschlüssel kaum möglich. Es fehlt auf kommunaler Ebene die Möglichkeit zur Krisenintervention an *Wochenenden,* insbesondere weil auch entsprechende ortsnahe Abteilungen in den Krankenhäusern fehlen. Regelmäßige Kontakte bestehen durch Besprechungen mit den zuständigen Ärzten im PLK, mit den niedergelassenen *Neurologen* und *Psychiatern* und den weiteren psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken im weiteren Einzugsgebiet.

Öffentlichkeitsarbeit

Die örtliche Presse wird über die Arbeit auf dem laufenden gehalten und berichtet darüber sporadisch. Aber psychisch Kranke und die Arbeit mit ihnen ist nichts sensationelles und daher kein großes Pressethema.

Mit der Volkshochschule wird im Hinblick auf einzelne Vorträge zusammengearbeitet. Bei der Kreisärzteschaft, im Sozialausschuß, im Kreistag und an anderen Stellen wird regelmäßig informiert.

2.3 Aufbau weiterer stationärer Hilfen

Im gesamten Kreisgebiet wird nach Verabschiedung des Psychiatrieplans versucht, *andere* stationäre Hilfen als bisher, die ortsbezogen arbeiten, aufzubauen. Die Forderung des Psychiatrieplans konzentriert sich insbesondere auf eine stationäre Versorgung an einem der acht Kreiskrankenhäuser. Der Kreistag hat nach Verabschiedung des Psychiatrieplans einstimmig beschlossen, eine psychiatrische Abteilung in einem Kreiskrankenhaus gegenüber dem Land durchzusetzen. Dies ist trotz einstimmigen Beschlusses und Intervention der Verwaltung gegenüber dem Land Baden-Württemberg bisher gescheitert. Besonders pikant ist diese Tatsache deswegen, weil im gesamten Kreisgebiet Krankenhausbetten insgesamt abgebaut werden sollen. So fehlt der entscheidende medizinische Kern in Ortsnähe der psychisch Kranken. Das Land als Träger der PLK's, hat in den vergangenen Jahren die eigenen PLK's stark ausgebaut. Man hält also an der zentralen stationären Versorgung fest, auch wenn Landkreise gewillt wären, stationäre Psychiatrie zu dekonzentrieren.

2.4 Aufbau weiterer teilstationärer Hilfen

Mit der Verfolgung des Psychiatrieplanes ist es gelungen, zumindest drei Werkstätten für psychisch Kranke in Verbindung mit Übergangswohnheimen im Ortenaukreis zu schaffen. Übergangswohnheime, die in der Vergangenheit stark auf das PLK konzentriert waren, die psychisch Kranke aus allen Regionen aufgenommen haben, konzentrieren sich nunmehr stärker auf den örtlichen Bedarf. Dies gilt auch für die Werkstätten. Neugeschaffen sind eine ganze Reihe von Wohngemeinschaften, denen sich dann betreute Einzelwohnungen anschließen. Die Versorgung mit diesen teilstationären Einrichtungen ist nicht flächendeckend gesichert, sondern nur in zwei Kreisteilen. Ziel ist, eine flächendeckende Versorgung zu sichern.

2.5 Aufbau weiterer ambulanter Hilfen

Im gesamten Ortenaukreis stehen bis zum 1. 1. 1990 alle Beratungsstellen für psychisch Kranke, die verschiedensten Trägern zugeordnet sind. Sie bilden unter sich einen Arbeitskreis und arbeiten im Psychiatrieausschuß mit, gleichzeitig arbeiten sie in den Regionen des Kreises bei den bisherigen Schwerpunkten der Arbeit zusammen.

2.6 *Verbund der Hilfen untereinander*

Für den Verbund der Hilfen untereinander und für die Verfolgung der Planung sorgt der Psychiatrieausschuß des Ortenaukreises, der sich jährlich öfter trifft, um weitere Hilfen zu beraten. Dort wird über Erfolge und Mißerfolge der Arbeit berichtet und gemeinsam beraten und überlegt, wie die Arbeit weitergestaltet werden kann. Der Verbund der Hilfen untereinander wird durch Supervision der verschiedenen Dienste gestützt und durch Arbeitsbesprechungen. In den örtlichen Arbeitskreisen und im Psychiatrieausschuß sind die Ärzte, soweit vorhanden, eingebunden. Der Schwerpunkt liegt aber eindeutig auf der ambulanten *sozialpsychiatrischen* Versorgung.

2.7 *Bildung örtlicher Arbeitskreise*

Bei der Größe des Kreisgebietes war es wichtig, örtliche Arbeitskreise, die feldbezogen arbeiten, zu schaffen. Dies ist insbesondere in zwei Kreisteilen gelungen. In den örtlichen Arbeitskreisen sind Personen beteiligt, die in irgendeiner Form mit psychisch Kranken zu tun haben. Sie strukturieren den örtlichen Bedarf und tragen ihre Forderungen dem Psychiatrieausschuß vor, der dafür sorgen muß, daß die Belange umgesetzt werden.

2.8 *Die Rolle des Gesundheitsamtes*

Während früher das Gesundheitsamt eine zentrale Schlüsselstellung hatte, insbesondere durch seine Sozialarbeiter und eine Psychiaterstelle, geht die Bedeutung des Gesundheitsamts in diesem Bereich zurück. Die Gesundheitsämter, im Ortenaukreis mit einigen Außenstellen, sind insgesamt mit 2,5 Sozialarbeiterstellen und einem Psychiater für den ganzen Ortenaukreis besetzt. Die Sozialarbeiter, die sich zuvor stark um psychisch Kranke gekümmert haben, ziehen sich zunehmend zurück, seit es sozialpsychiatrische Dienste gibt. Sie werden ab und zu noch als Anlaufstelle im Gesundheitsamt angesprochen, dies wird sich aber mit der Zeit verlieren. Werden sie angesprochen, verweisen sie Patienten an die sozialpsychiatrischen Dienste oder an die Ämter und sonstige ambulante Möglichkeiten. Auch im Unterbringungsverfahren von psychisch Kranken werden die betroffenen Bürger an die Sozialen Dienste weitervermittelt. Bezüglich der forensischen Psychiatrie und des Unterbringungsgesetzes ist der Arzt zuständig. Inzwischen hat das Gesundheitsamt einen stärker beratenden Charakter und arbeitet in den Ausschüssen mit. Die Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes sehen ihre Aufgabe jetzt in einer Verlagerung, nämlich in das Vorfeld der Suchtberatung, der Gesundheitserziehung und der Beratung Krebskranker und AIDS-Kranker. Nach Aussage eines Arztes, den ich speziell zu diesem Referat befragt habe, ist – seit die sozialpsychiatrischen Dienste existieren – der Rest der sozialpsychiatrischen Arbeit des Gesundheitsamtes nicht mehr tragfähig. Ärzte und Sozialarbeiter sehen ca. 90% dieser Arbeit beim

sozialpsychiatrischen Dienst. Spannungen gibt es kaum, weil das Gesundheitsamt in den gesamten Planungsvorhaben und Umsetzungen mitarbeitet. Das Gesundheitsamt erkennt den Vorrang des sozialpsychiatrischen Dienstes an und sieht sich selbst als nachrangig. Nach Aussagen des Arztes betreibt das Amt noch vorbeugende Einweisungsverhinderung. Die Frage einer zusätzlichen Arbeit des Gesundheitsamtes stellt sich kaum, da bei einer solch schwachen Besetzung mit Sozialarbeitern und Ärzten wenig Zeit für sozialpsychiatrische Arbeit ist. Der Arzt hat selbst mit Entmündigungen, Pflegschaften und Gutachten zu tun, so daß ihm kaum Gelegenheit bleibt, sich stärker einzuschalten. Auch nehmen die schulärztlichen Untersuchungen einen weiten Rahmen ein. Insgesamt kann betont werden, daß zum Gesundheitsamt ein partnerschaftliches Verhältnis besteht, so daß von einer Spannung zwischen sozialpsychiatrischen Dienst und Gesundheitsamt nicht geredet werden kann.

2.9 *Die besondere Rolle der Jugend- und Kinderpsychiatrie*

Ein besonderes Problem ergibt sich dadurch, daß es zwei verschiedene Psychiatrien in unserem Raum gibt; zum einen das PLK und die Psychiatrie in Freiburg. Es ist dem Zufall überlassen, wer in welches Krankenhaus kommt. Dies hängt oft von der Entscheidung der Ärzte ab. Ungeklärt ist, insbesondere im kinder- und jugendpsychiatrischen Raum, die Frage der Entscheidung, wer wann wo eingewiesen wird. Dies ist für die betroffenen Fachkräfte ein ungelöstes Problem. Krankheit wird nach Auffassung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehung und der Körperfunktion verstanden. Sofern von psychischen sozialen Verhaltensauffälligkeiten, von Normvarianten kindlichen oder jugendlichen Verhaltens gesprochen wird, müßte jeweils ergänzt werden „mit Krankheitswert". Wo der Krankheitswert beginnt, ist nicht definiert, wie zahlreiche psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, bei denen nur vorübergehend oder gar keine medizinische Behandlung angezeigt ist. In diesen Fällen steht die sozialpädagogische Hilfe im Vordergrund, bedarf aber der Absprache mit dem Arzt; Jugendhilfe dagegen hält Entwicklungsauffälligkeiten ebenfalls fest. Es sind pädagogische und therapeutische Hilfen im Rahmen der Jugendhilfe angezeigt. Während die medizinisch-therapeutische Behandlung Aufgabe des Arztes ist, ist die sozialpädagogische und damit verbundene therapeutische Hilfe Aufgabe der Jugendhilfe. Beide Hilfen spielen in die Struktur der Familie hinein. Problematisch wird es in Fällen, in denen Mediziner im Rahmen ihrer Interpretation auch in die Jugendhilfe hineindefinieren und kraft ihrer Kompetenz entscheiden, ob und welche sozialpädagogischen Hilfen in einem Heim etc. notwendig sind. Dieser Spannungsbereich ist bis heute ungeklärt.

Positiv ist zu bemerken, daß es seit einem halben Jahr eine Arbeitsgruppe zwischen Ärzten, Landesjugendamt, Sozialen und Psychologischen Bera-

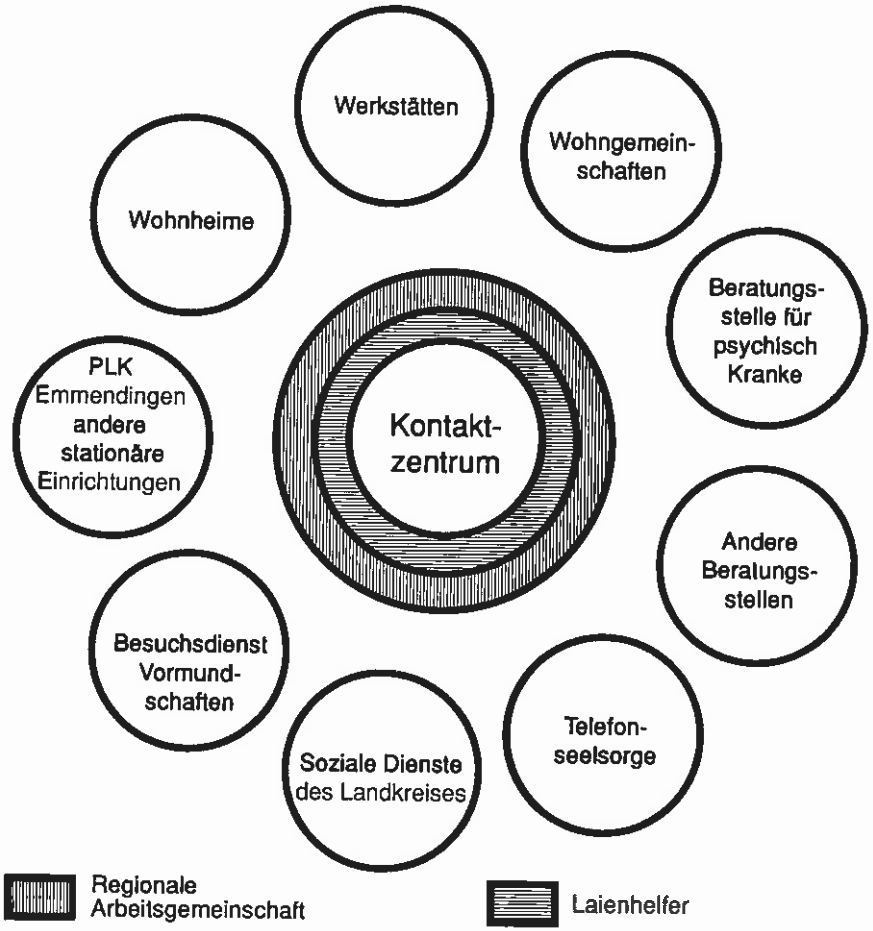
tungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten gibt, die versuchen für den Landesteil Baden eine Klärung in diesen Bereich hineinzubringen. Insgesamt aber gehört er zu den ungelösten Problemen zwischen medizinischen und sozialpädagogischen Hilfen.

3. *Thesen*

1. Soziale Psychiatrie im kommunalen Bereich unterscheidet sich von anderen Ansätzen deutlich, da sie mehr nach den Fähigkeiten der Betroffenen fragt, als nach ihren Defiziten (kein Defizitmodell, sondern Kompetenzmodell).
2. Wenn soziale Psychiatrie in einem Sozialplan eingebunden werden kann, ist ihre Entwicklung kontinuierlicher als mit der punktuellen Schaffung eines Dienstes.
3. Die gebildeten Psychiatriearbeitskreise garantieren, daß die Probleme auch im politischen Raum virulent bleiben, gleichzeitig überwachen sie die Fachlichkeit.
4. Die Kooperation zwischen allen Diensten in einer Fläche, ist vor allem für die psychisch kranken Menschen ein wichtiges Ergebnis sozialpsychiatrischer Arbeit.
5. Ambulante und stationäre Dienste können dann kooperieren, wenn die Abgrenzungen klar herausgearbeitet sind und Zusammenarbeit über längere Zeit geprobt wird. Die gegenseitigen Vorurteile können in gemeinsamen Entwicklungsprozessen überwunden werden.
6. Die Bildung „sozialpsychiatrischer Dienste" und ihre Förderung durch das Land Baden-Württemberg sind ein wichtiger Schritt, auch wenn die personelle Besetzung als zu knapp erscheint.
7. Das scheinbare Spannungsverhältnis zwischen Gesundheitsämtern und Beratungsstellen für psychisch Kranke – sozialpsychiatrische Dienste – kann durch Zusammenarbeit und saubere Abgrenzung gelöst werden. Durch die Bildung von neuen Diensten hat sich die Arbeit des Gesundheitsamtes verlagert. Es korrespondiert nur ausnahmsweise und dann mit stark beratendem Charakter mit den Beratungsstellen für psychisch Kranke.
8. Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in diesem Verbund ist weitgehend noch ungeklärt. Kooperation zwischen medizinisch-psychiatrischem und sozialem Denken hat kaum begonnen. Die Konflikte werden bisher noch auf dem Rücken der Kinder und Eltern ausgetragen. Kooperation wird aber gegenwärtig gesucht und entwickelt.

Insgesamt zahlt sich für alle Beteiligten aus, daß ein Psychiatrieplan vorhanden ist und zusammen mit den Arbeitskreisen die Grundlagen für die Ausgestaltung der Arbeit bildet.

Schaubild: Struktur der Hilfen für psychisch Kranke im Ortenaukreis



Diskussion zu Themenbereich II

(gekürzte Fassung)

Moderation: W. Picard

Kulenkampff: Diese Schwierigkeit mit dem staatlichen Gesundheitsamt auf der einen und den freien Trägern der sozialpsychiatrischen Dienste auf der anderen Seite hat in Baden-Württemberg eben doch zu Doppelläufigkeiten geführt. Wenn ich mich recht erinnere, sind die staatlichen Gesundheitsämter in einigen Fällen nachträglich vom Land sogar noch personell verstärkt worden, ohne daß es zu einem langsamen Rückgang ihrer sozialpsychiatrischen Tätigkeit gekommen ist. Es wäre aber fatal, wenn Sie zwei Systeme nebeneinander hätten, die ganz unterschiedlich, mal auf der einen, mal auf der anderen Seite stärker ausgebaut sind, so nach dem Motto, nur keine „gewachsenen Strukturen" zu beschädigen. Das ist für die Konstruktion einer Versorgung in einem Land kein günstiger Ausgangspunkt.

Frau Steen: Ich komme aus einem kommunalen Gesundheitsamt in Niedersachsen. Was Sie hier vorgetragen haben, hat mich einigermaßen erschüttert. Nach dem niedersächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz müssen die sozialpsychiatrischen Dienste im Gesundheitsamt eingerichtet werden, und zwar unter der Leitung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes. Sie sprechen von sozialpsychiatrischen Diensten, in denen gar kein Arzt vorhanden ist und die deshalb auch leider keine Krisenintervention machen können – wie ist es mit der aufsuchenden Arbeit? Wir haben es doch mit einer großen Klientel zu tun, die nicht in die Dienste kommt, sondern die aufgesucht werden muß. Die Gesundheitsämter sind bei uns auch nicht überall gut ausgerüstet, aber es wird besser; und wir sind bei der Koordinierung und im Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundes, sozusagen als Anlaufstelle und Koordinator federführend eingeschaltet worden.

Ich würde es auch im Sinne unserer Patienten sehr bedauern, wenn das alles nun, wie Sie es aus dem Ortenau-Kreis dargestellt haben, einfach durch eine angebliche Verlagerung der Aufgaben null und nichtig wäre. Ich halte sehr viel davon, daß viele Stellen zusammenarbeiten, das schon. Aber die Aufgaben, die bei Ihnen das Gesundheitsamt noch wahrnimmt, sind doch Pflichtaufgaben, die müssen sowieso erledigt werden. Deshalb bin ich mit Ihrem Konzept nicht einverstanden und in gewissem Sinne auch enttäuscht, daß die Gesundheitsämter in Ihrem Gebiet sich das einfach so ohne Komplikationen haben gefallen lassen.

Kulenkampff: Das ist überall so, wo staatliche Gesundheitsämter sind. Das ist eben der Unterschied zu den Ländern, wo Sie kommunale Gesundheitsämter haben, wie in Nordrhein-Westfalen, in Schleswig-Holstein und in Niedersachsen. Wir müssen damit leben, daß dieser Unterschied auch Folgen hat; und die Verlagerung der Aufgaben auf einen freien Träger finde

ich durchaus legitim. Das geschieht in anderen Bereichen auch, es ist nur die Frage, ob es gut oder schlecht gemacht wird.

Picard: Die Frage ist nach meinem Dafürhalten nicht, ob es legitim ist, die Frage ist, ob es wirksam ist. Da scheint mir die Struktur hier wie dort wirksam sein zu können. Der entscheidende Punkt ist doch nicht, wer der Träger ist, sondern daß der Träger arbeiten kann und daß er sich durchsetzen kann, daß er ernstgenommen und akzeptiert wird. Das ist offenbar nicht überall der Fall.

Kulenkampff: Ein staatliches Gesundheitsamt hat doch eine andere Basis. Es hat eben nicht den Bezug zur Kommune, wie ein kommunales Gesundheitsamt, das sich nah an seinen Bürgern befindet. Ein staatliches Gesundheitsamt ist eine staatliche niedere Gesundheitsbehörde, die sich im wesentlichen um Salmonellen, um Hygiene und Vorsorge, Zahngeschichten bei Schülern und um diese allgemeinen Gesundheitsfragen zu kümmern hat, aber nicht geeignet ist für die Psychiatrie, wo es eben sehr darauf ankommt, daß man in der Kommune fußfaßt.

Crefeld: Um ein Ressourcen-vergeudendes Nebeneinander ambulanter Dienste mit ähnlicher oder gleicher Aufgabenstellung zu vermeiden, sollte in den nächsten Jahren verstärkt darüber nachgedacht werden, wo wir sozialpsychiatrische Dienste in dem besonderen Rahmen eines Gesundheitsamtes brauchen und wo wir auf eine solche behördliche Verfaßtheit dieser ambulanten Dienste verzichten können. Insbesondere in den Stadtstaaten gibt es sozialpsychiatrische Dienste, deren Existenz an einem Gesundheitsamt zunächst einmal mit dem besonderen Engagement dieser Kommunen bzw. Stadtstaaten für die ambulante Psychisch-Kranken-Hilfe zusammenhängt. Das zeigt bereits deren relativ gute personelle Ausstattung. Hier sind die Aufgaben sozialpsychiatrischer Dienste offensichtlich in so guten Händen, daß sie dort auch bleiben sollten. Zu fragen wäre höchstens, ob die kommunale Trägerschaft für einen solchen gesundheitlichen Dienstleistungsbetrieb allein in einer behördlich-kameralistischen Organisationsstruktur zu verwirklichen ist, oder ob nicht anderen Formen, wie man sie für kommunale Eigenbetriebe entwickelt hat, hier u. U. einige Vorteile böten.

Doch daneben gibt es die vielen sozialpsychiatrischen Dienste, die in den Gesundheitsämtern ein recht kümmerliches Dasein fristen – mit einer völlig bedarfsinadäquaten Ausstattung und fachlichen Konzeption. Die Folge ist, daß sie oft nicht mehr als ein mir recht überflüssig erscheinendes Verwalten psychisch Kranker praktizieren. Die aus dem vergangenen Jahrhundert tradierte Einstellung ist offenbar immer noch virulent, daß psychisch Kranke einer besonderen Verwaltung bedürfen. Karl Wendenburg – einer der Väter der „offenen Irrenfürsorge" und damit der Urform sozialpsychiatrischer Dienste – hatte dafür seinerzeit plausible Gründe, als es noch wochenlanger Prozeduren verschiedener Behörden bedurfte, bis ein Kranker in eine Anstalt aufgenommen werden konnte. Wenn dies aber heute mit der Behauptung begründet wird, psychisch Kranke seien doch manchmal

gefährlich, so sollte man sich vergegenwärtigen, daß von einem Kreislaufkranken, der im Straßenverkehr einen Gehirnschlag oder einen Herzinfarkt erleiden kann, keineswegs geringere Gefahren ausgehen: dennoch bedürfen sie keiner besonderen Verwaltung.

In den meisten Bundesländern ist es nach den jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzes keineswegs erforderlich, daß ein sozialpsychiatrischer Dienst bei einer Behörde installiert ist. Sie leisten ausschließlich sozialpsychiatrisch-fachliche Leistungen der Hilfe und der Begutachtung, wie dies jeder einschlägig fachkompetente Dienst in anderer Trägerschaft auch leisten kann (siehe Crefeld und Pech, in: Psychosoziale Umschau 2/88:21–23). Nur in wenigen Bundesländern wie z. B. Schleswig-Holstein oder Berlin sind es die Gesundheitsämter, denen die behördliche Wahrnehmung des staatlichen Gewaltmonopols zugewiesen ist. In der Regel liegen die eigentlichen hoheitlichen Kompetenzen gar nicht bei den Gesundheitsämtern und somit auch nicht bei den sozialpsychiatrischen Diensten, so z. B. in Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen.

Für die Zukunft haben daher sozialpsychiatrische Dienste an Gesundheitsämtern m. E. nur dort eine Existenzberechtigung, wo man sie auch aufgabengerecht ausstattet. Sonst sollte man lieber auf so kleine Dienstchen, deren Mitarbeiterschar fast noch auf ein Sofa paßt, verzichten und die Aufgabe engagierteren Trägern überlassen.

Voges: Staatliche Gesundheitsämter mit einem breiten sozialpsychiatrischen Aufgabenspektum waren in Baden-Württemberg eher eine Ausnahme; es fehlte ja an einer Gruppierung, die die sozialpsychiatrische Versorgung im Bereich Freizeit, Arbeit und Wohnen übernahm. Aber wenn eine solche Struktur irgendwo gewachsen ist, sollte ein freigemeinnütziger sozialpsychiatrischer Dienst diese Ressourcen auch nutzen können. Es wird in Baden-Württemberg ja immer bedauert, daß die Besetzung der Dienste bezogen auf die Einwohnerzahl zu gering ist. Insofern wüßte ich gar nicht, warum man diese Aufgaben einem staatlichen Gesundheitsamt wegnehmen sollte und sehe darin eigentlich keinen Nachteil. Wenn ein Gesundheitsamt bereit ist, diesen Wechsel mitzumachen, dann möchte ich mal den Verdacht äußern, daß es in dem Bereich, der jetzt von dem sozialpsychiatrischen Dienst abgedeckt wird, auch früher nicht so sehr tätig war, denn es ist doch eine allgemein-menschliche Haltung, daß wir uns ungern etwas wegnehmen lassen.

Dahmen: Wir erleben als ambulanter Dienst genau die Probleme, die hier vorgetragen wurden: Die Anforderungen an unsere Arbeit nehmen zu, und wir müssen erkennen, daß wir alleine die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung nicht mehr wahrnehmen können, sondern daß Pluralität, Kooperation, Koordination erforderlich sind. Wenn wir davon sprechen, daß wir mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund den chronisch psychisch Kranken etwas mehr Lebensqualität geben wollen, dann erscheint es mir doch wichtig, auch alle die Kräfte mit zu berücksichtigen, die sich schon bisher darum bemüht haben.

Man darf auch nicht vergessen, daß sozialpsychiatrische Dienste an kommunalen Gesundheitsämtern zum Teil sehr viele Patienten ambulant betreuen; in unserem Landkreis ungefähr 200 in den letzten sieben bis acht Jahren. Das sind zum Teil sehr „schwierige" Patienten, die schwierig zu erreichen, nicht mobil, schwierig in der Führung und in der Beratung sind. Gerade für diese Klientel sind sozialpsychiatrische Dienste an kommunalen Gesundheitsämtern prädestiniert, weil sie die Situation dieser Menschen vor Ort kennen. Darüber hinaus können sich die sozialpsychiatrischen Dienste und ihre Leiter auch gegenüber dem kommunalpolitischen Raum, auch gegenüber den eigenen Hauptverwaltungs-Beamten, also Oberkreisdirektoren und Stadtdirektoren artikulieren und sind damit auch Anwälte ihrer Patienten. Dadurch kommt ihnen vielleicht auch eine Initiator- und Koordinierungs-Funktion zu. Denn ehe man einen Koordinator findet, muß man sich erst einmal zusammensetzen, müssen sich alle Kräfte der Region kennenlernen und ihre Vorstellungen äußern; und erst wenn man sich kennt und sich auch im positiven Sinne abgegrenzt hat – das wird sicherlich erforderlich sein –, dann sollte man einen Koordinator einsetzen. Bis dahin, meine ich, ist im kommunalen Bereich ein funktionierender sozialpsychiatrischer Dienst, auch wenn er Kapazitätsprobleme hat, ein wertvoller Ansprechpartner für den politischen Raum, für die Verwaltung und auch für die Kostenträger.

Insofern kann man das, was hier für Baden-Württemberg vorgetragen wurde, sicherlich nicht für das ganze Bundesgebiet verallgemeinern. Ich möchte das nicht kritisieren, das steht mir nicht zu, die Situation kenne ich nicht, ich wollte einfach mal in ganz kurzen Worten schildern, daß es in anderen Bundesländern auch zum Teil andere Situationen gibt.

Hoffmann: Wir haben heute sechs Vorträge gehört, die speziell Beispiele dafür vorgetragen haben, wie auf regionaler und kommunaler Ebene versucht wird, einen Weg zu finden, die psychiatrische Versorgung in Richtung auf das zu bündeln, was die Expertenkommission mit dem Verbund gemeint hat. Die Diskussion aber geht darauf nahezu mit keinem Wort ein. Die Konflikte der Diskussion widersprechen eigentlich dem Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes von vornherein, weil sie sich immer noch an den Aufgabenstellungen einzelner Dienste entzünden und konkurrierende Quervergleiche anstellen. Nur ein Beispiel, das sich in der Wortwahl niederschlägt: es ist ja nicht *für* Baden-Württemberg berichtet worden, sondern es ist *aus* Baden-Württemberg berichtet worden, und es ist berichtet worden, wie ein Landkreis unter den Bedingungen der rechtlichen Struktur, wie sie nun einmal in Baden-Württemberg besteht – und die dadurch gekennzeichnet ist, daß es dort eben staatliche Gesundheitsämter gibt und daß das, was man den sozialpsychiatrischen Dienst nennt, ausdrücklich auf die freigemeinnützigen Träger geschoben, also dem Gesundheitsamt entzogen worden ist –, wie ein Landkreis mit viel Einsatz versucht hat, dennoch über eine bloße Zusammenarbeit hinaus auch eine Bündelung der gemeindepsychiatrischen Aufgaben und Leistungen herzustellen. Ich

meine, es sollte eigentlich ein bißchen mehr in unser Bewußtsein rücken, daß es eben nicht nur darum geht, wer was macht, sondern vor allem darum, wie man es schafft, daß sie es gemeinsam machen.

Picard: Selbst nach einiger Lektüre der Empfehlungen ist doch aber gerade das für jemanden, der nicht in der Expertenkommission war, teilweise Neuland. Darüber hinaus ist die Bundesrepublik natürlich föderalistisch geordnet, das heißt, jedes Bundesland hat seine eigenen Strukturen. Und innerhalb der einzelnen Länder bestehen noch einmal Unterschiede, nämlich von einem Landkreis zum Nachbar-Landkreis, obwohl die rechtlichen Voraussetzungen die gleichen sind. Ich denke, daß wir auf dieser Tagung nicht den Versuch machen sollten, ein Konzept aufzustellen, das überall gleich sein soll. Ich glaube die Zeit ist vorbei.

Wenn ich das richtig sehe, wollen wir mit dieser Tagung vorstellen, was die Expertenkommission zum gemeindepsychiatrischen Verbund gesagt und empfohlen hat, und wir hören uns Berichte an, wo es solche Systeme gibt und wie sie funktionieren. Dann gehen wir nach Hause und überlegen, ob wir es so oder anders oder gar nicht machen wollen. Wenn ich an die ersten Tagungen über die Vorstellungen Psychiatrie-Enquête denke, so war es damals ganz genauso, nur waren die Unterschiede zwischen den verschiedenen traditionsgewordenen Strukturen viel größer, fester und unbeweglicher als heute. Wir sind ja heute in einem Ausmaß flexibel geworden, hören einander zu und sind bereit, uns miteinander auseinanderzusetzen, wie ich es vor 20 Jahren kaum für möglich gehalten hätte. Bei den Berichten, die wir hier aus den verschiedenen Regionen hören, ist die entscheidende Frage ja nicht, ob es dort nun anders zugeht als bei mir zu Hause, sondern ob das geschilderte System den Bedürfnissen der zu versorgenden psychisch Kranken gerecht werden kann. Die zweite Frage ist dann, ob das eine oder das andere System die vorhandenen Ressourcen finanzieller und personeller Art optimal ausschöpft. Wenn wir morgen am Ende der Tagung diese beiden Fragen annähernd beantworten können, dann haben wir ein großes Stück Arbeit geleistet.

Becker: Ich bin an einem sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt im Wetterau-Kreis in Hessen tätig – in Hessen haben wir nur kommunale Gesundheitsämter. Mir war neu, daß sich allein aus der Frage, ob es kommunale oder staatliche Gesundheitsämter sind, solche Unterschiede in der Aufgabenstellung ergeben. Unsere Gesundheitsämter in Hessen sind auch für Salmonellen u. dgl. zuständig, aber auch für den sozialpsychiatrischen Dienst; und so könnte es doch bei staatlichen Gesundheitsämtern auch sein, sollte man meinen.

Aber jetzt eine Frage an Herrn Kukla: Sie hatten Ihre Ausführungen damit eingeleitet, wie schwierig es sei, gemeindenahe Konzepte im Rheinland an den Mann zu bringen. Aber dann haben wir heute im Laufe des Tages zwei sehr schöne Beispiele aus Duisburg und Essen gehört – beides im Rheinland –, wo ich eigentlich vor Neid erblassen wollte, weil selbstverständlich

von drei oder vier psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen an Krankenhäusern in der städtischen Versorgung gesprochen wurde. Im Gegensatz dazu kam das Beispiel aus Baden-Württemberg, wo das Land eine neue psychiatrische stationäre Behandlungsstätte im Kreisgebiet mit allen Mitteln verhindert hat. Daran wird doch deutlich, welche wichtigen Impulse von einem so stationären Behandlungskern auch für die gemeindenahe Psychiatrie ausgehen können. Wie aber ist es möglich, daß im Rheinland eine solche Fülle von dezentralen auch stationären Behandlungseinrichtungen entstanden sind, und in anderen Bundesländern, auch bei uns in Hessen, geht die Entwicklung nach wie vor sehr langsam voran. Meine Vermutung geht dahin, daß unterschiedliche Förderungssysteme eine Rolle spielen. Bei uns in Hessen ist das so: ein Krankenhaus, das nicht im Krankenhausbedarfsplan drin ist, kann auch nicht gefördert werden. In den Krankenhausplan aufgenommen werden aber nur Krankenhäuser, die es tatsächlich gibt. Krankenhäuser, die es noch nicht gibt, sind daher nicht im Krankenhausplan, können also nicht gefördert werden und deshalb werden auch immer wieder nur die schon bestehenden Krankenhäuser gefördert. Offensichtlich ist das auch in Baden-Württemberg, mit dem Landeskrankenhaus Emmendingen so, weil es im Krankenhausplan drin ist und die in der Ortenau gewünschte Einrichtung eben nicht. Gibt es vielleicht in Nordrhein-Westfalen andere Förderungsrichtlinien und Möglichkeiten, daß bei Ihnen die Abteilungen so gut entstehen können? Dann wäre es auch kein Wunder, daß in Duisburg oder Essen sich so ein gemeindepsychiatrischer Verbund verhältnismäßig leicht realisieren ließe, weil man dort von den stationären Kernen aus auch gut zusammenarbeiten kann.

Noch eine kurze Bemerkung zu Herrn Kruckenberg: Ich stimme Ihnen zu, daß es eigentlich egal ist, ob bestimmte ambulante Aufgaben von sozialpsychiatrischen Diensten oder Institutsambulanzen erledigt werden; aber auf der anderen Seite möchte ich es nicht erleben, daß in meinem Kreisgebiet, wo bisher noch keine stationäre Einrichtung vorhanden ist, plötzlich eine Institutsambulanz aus irgendeinem knapp 100 km entfernten Krankenhaus auftaucht – da würde ich sagen, da machen wir lieber Nägel mit Köpfen und richten eine eigene stationäre Behandlungseinrichtung ein.

Kukla: Ich hatte versucht anzudeuten, daß sich die Mechanismen seit etwa Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre verändert haben, als die Diskussion um die Psychiatrie-Reform im Rheinland losging. Am Anfang war es wirklich so, daß Leute, die vom stationären Bereich, beim Landschaftsverband oder auch beim Land, geprägt waren, sozusagen an die Basis gingen und versuchten, in den Kommunen Impulse zu setzen. Das hat sich radikal verändert. Ich bin heute auch persönlich stolz, sagen zu können, daß ich gar nicht mehr weiß, was es im Rheinland alles gibt. Das ist die beste Situation, die wir uns erträumen können. In den siebziger Jahren kannte man noch fast jeden, der sich in der Psychiatrie engagierte. Und ich denke, diese Entwicklung hat etwas mit einer gewissen Grundhaltung derer zu tun, die versucht haben, die Psychiatrie-Reform hier im Rheinland durchzusetzen – ich kann da nur

auf Herrn Kulenkampff zeigen, der das ganz wesentlich geprägt hat –, der Grundhaltung nämlich, daß der stationäre Bereich kein Monopol besitzen sollte. Sie hat dazu geführt, daß es im Rheinland genau umgekehrt gelaufen ist als dieses Beispiel aus Baden-Württemberg zeigt, wo offenbar das Land die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung blockiert. Im Rheinland hat man sich aus der Erschütterung heraus, wie die Landeskrankenhäuser Anfang der 70er Jahre aussahen, vorgenommen, die großen psychiatrischen Einrichtungen zu verkleinern, zu dezentralisieren und psychiatrische Abteilungen aufzubauen. Daß es heute im Rheinland über 16 oder 18 Abteilungen und über 30 Tageskliniken gibt, ist auch der Effekt dieser Grundeinstellung.

Wir sind inzwischen sogar noch einen Schritt weitergegangen und reden nicht mehr vom Psychiatrischen Behandlungszentrum wie noch zu Enquête-Zeiten. So zentral ist die Klinik gar nicht, sondern die Bündelung von außerstationären Bereichen ist vielleicht ja viel zentraler. Wenn ich mit Angehörigen spreche, geht vieles, was sie mir sagen, in diese Richtung. Demnach ist auch insgesamt ein entsprechendes Klima entstanden. Das ganze ist als eine Doppel-Strategie beschreibbar: Einerseits die Verhältnisse in den Kliniken zu verbessern, aber gleichzeitig außerstationär, soviel irgend möglich, als Alternative zum Krankenhaus auf- und auszubauen.

Kulenkampff: Im Rheinland war die Entwicklung natürlich auch von vielen personellen Zufälligkeiten abhängig. Nicht überall hat im Ministerium ein Herr Lotz gesessen, und im Unterschied zu Hessen hat es z. B. nie eine solche Konfrontation zwischen dem kommunalen Verband höherer Ordnung und dem Land gegeben, sondern wir haben im Landschaftsverband unser Programm der Reduktion der großen Häuser entwickelt, und das Land hat uns mit seinen Möglichkeiten der Krankenhausplanung entgegengearbeitet. Das war eine ganz optimale Konstellation, und nur so konnten in relativ kurzer Zeit relativ große Erfolge erzielt werden – das hat sich ja bis heute fortgesetzt. In Hessen blockiert sich der Laden; es gibt eben so Landeswohlfahrtsverbände, die einen monopolistischen Anspruch haben – Herr Kunze, nehmen Sie mir das nicht übel – und überall lieber Satelliten ihrer Großkrankenhäuser einrichten, als Abteilungen aufzubauen. Allmählich haben wir uns da einander angenähert, man kann sicherlich den einen oder anderen Weg gehen; aber zumindest in der Anfangszeit war unsere Konstellation sehr viel günstiger.

Crefeld: Gerade weil die kommunale Aufgabe der Koordination der psychosozialen Versorgung als sozialstaatliche Funktion so eminent wichtig ist, sollte man sich keiner Illusion hingeben, eine wirksame Wahrnehmung dieser Aufgaben durch Städte und Landkreise werde in den nächsten Jahren schon zum Regelfall. Dagegen sprechen die fehlende kommunale Erfahrung mit dieser Materie, die kaum hinreichend ausgestatteten administrativen Strukturen, das dafür zur Verfügung stehende, wenig wirksame rechtliche Instrumentarium und die oft allzu engen personellen Verflechtungen zwischen den koordinierenden Behörden und den davon betroffenen

Verbänden, die nicht immer viel Freiheit für das politische Lenken und Koordinieren zulassen.

In anderen Bereichen wie z. B. der Raumordnung und Bauleitplanung verfügen die Kommunen über lange Erfahrungen, einem dem Aufgabenumfang entsprechend großen Apparat von Fachbeamten und in Gestalt des Baurechts über ein keineswegs stumpfes Handwerkszeug zur Verwirklichung der politischen Ziele. Trotzdem sieht sich auch hier manche Landesregierung manchmal veranlaßt, mit dem goldenen Zügel und gelegentlich sanftem Druck eines Gesetzes ein wenig als politisches Über-Ich einzugreifen. Für die psychosoziale Versorgung sollte man daraus zumindest lernen, daß es nicht ohne einige fachlich-administrative Beratung und Ermunterung der Kommunen durch Kommunalverbände und Fachministerien gehen wird.

Was die personellen Verflechtungen in einer Kommune angeht, so sollte man doch einmal darauf achten, warum bei manchem Sozialdezernenten manchmal ein wenig der Mut sinkt angesichts der oft hervorragenden kommunalpolitischen Präsenz mancher Leistungserbringer. Da sitzen ihm dann in der Beigeordneten-Konferenz und in den Fraktionsvorständen etliche Spitzenrepräsentanten der freien Wohlfahrtspflege gegenüber, die alle nicht wollen, daß ihnen weh getan wird. Es gehört dann manchmal ein ganz schönes Stück Mut zum Koordinieren und Planen, wenn dieses vorrangig den Bedürfnissen der Hilfsbedürftigen entsprechen soll. Die freie Wohlfahrtspflege, im Krankenhausbereich z. B. längst an staatliche Planung und Koordination gewöhnt, pflegt zunächst einmal dagegen zu protestieren und übersieht dabei, daß ihre Freiheit zwangsläufig dort auf Grenzen stößt, wo sie vor den Reizen des Sozialleistungsrechts ihre Augen nicht verschließt. Hier – wo das Sozialleistungsrecht nun einmal Leistungen mit Pflichten verbindet, wird die freie Wohlfahrtspflege stärker noch erkennen müssen, daß es nicht ohne eine politische Verantwortlichkeit im Hinblick auf die erkennbaren Versorgungsbedürfnisse geht, und daß sich dies in wirksamen Koordinierungsbemühungen der Kommunen äußern muß.

Schwendy: Ich möchte einmal laut darüber nachdenken, warum manche Empfehlungen der Expertenkommission auch eine gewisse Verunsicherung hervorrufen. Denn wenn die goldenen Zügel, an die die Kommunen und Koordinatoren die Anbieter künftig legen sollen, so kurz sind, daß die Pferde kein Heu fressen können, dann läuft die Karre in den Dreck, weil die Rösser zu schwach sind. In der Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege ist uns zu Recht vorgeworfen worden, daß im Bericht der Expertenkommission sehr viel Kritik an dem jetzigen Durcheinander geübt, dabei aber nicht deutlich genug gemacht wird, daß der Hauptmangel der Mangel an Ressourcen ist. Wir betreiben noch immer eine Bettel-, ABM- und Modellförderungs-Psychiatrie, und das ist natürlich die Hauptursache. Wir haben in Köln erste Gespräche über die Frage geführt, ob die dortigen Heimträger sektorisiert statt selektiert arbeiten könnten. Da hat ein Heimleiter etwas sehr Pfiffiges gesagt: „Solange zwei- bis dreihundert Wohnheimplätze in Köln fehlen, können Sie Regelungen machen,

soviel Sie wollen, Sie können nie verhindern, daß die paar Heime sich die Patienten aussuchen, die ihnen gerade passen." – Das heißt, Koordination und bedarfsgerechte Steuerung ist natürlich überhaupt nur denkbar, wenn ein Minimum an Ressourcen da ist. In dieser Hinsicht sind wir, fürchte ich, von Herrn Blüm und seiner Strukturreform hereingelegt worden und haben uns nicht vehement genug in die Entstehung des GRG eingeschaltet. Leider ist in der Schlußphase der Bearbeitung der Experten-Empfehlungen nicht mehr durchgekommen, daß der Grundskandal natürlich nicht darin liegt, daß die freie Wohlfahrtspflege und die Kommunen und die Dienste vor Ort nicht gut genug zusammenarbeiten; das Grundübel ist nach wie vor die nicht vorhandene Absicht und der vom GRG eben auch nicht erzeugte Zwang zu einer auch nur minimalen Finanzierung der Vor- und Nachsorge durch die Krankenkassen.

In einer Stadt wie Köln etwa besteht der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt aus einem halben Arzt und einem Sozialarbeiter für hunderttausend Einwohner. Diese Mangelausstattung muß man sich erstmal vor Augen halten und sich dann fragen, was so ein Dienst sinnvoll machen kann. Natürlich ist auch die Frage berechtigt, welche Art von Strukturen aufgebaut werden sollen, zentralisierte oder dezentrale. Aber wir laufen immer Gefahr, über diesen sehr sinnvollen Strukturveränderungs-Vorschlägen, die wir hier gemacht haben, die grundständigen Defizite zu vergessen oder platt zu bügeln und uns zu sehr in Selbstkritik zu verstricken.

Ein zweites Problem sehe ich darin, daß die Expertenkommission alle bestehenden Dienste durch die funktionale Betrachtungsweise in Frage stellt. Das ist ein sehr verunsichernder Prozeß. Beim Aufbau des Verbundes müssen sich alle Mitarbeiter, Vorstände und Geschäftsführer in ihrer Arbeit neu orientieren, von alten Stammplätzen wegrücken und sich auf ein neues Ganzes konzentrieren. Das sind notgedrungen sehr quälende Prozesse. Wir müssen sehr behutsam sein, dafür Zeit einzuräumen und nicht zu denken, das ginge alles so schnell per Verwaltungsanordnung. Das Ganze wird noch schwieriger werden, wenn es ans „Eingemachte" geht und geprüft wird, ob es sinnvoll ist, eine Institutsambulanz, einen Sozialpsychiatrischen Dienst und den Dienst eines freien Trägers mit überschneidenden Aufgaben in einer Region zu betreiben. Das bringt Verteilungskämpfe, die nur auszuhalten sind, wenn man sie rückkoppelt mit der Antwort auf die Frage, wie es den chronisch Kranken in dieser Region geht.

Denn das ist der Kern der Empfehlungen, daß sich die Regionen anhand dieses Buches einen kritischen Spiegel vorhalten und nachschauen, wie es um benachteiligte Patientengruppen steht. Anhand der hier beschriebenen Hilfsfunktionen soll dann überprüft werden, ob man ihnen gerecht wird. Das ist eine völlig andere Denkweise als bei Enquête, wo man für jede Region eine gewisse Anzahl von Diensten gefordert und dann bloß additiv nachgerüstet hat. Nach 15 Jahren hat man gesehen, daß es nicht viel geholfen hat: Es gibt keinen automatischen Zusammenhang zwischen der Menge von Personen und Diensten in einer Region und dem Niveau der Versorgung

chronisch psychisch Kranker. Das ist eine empirisch gesicherte Erkenntnis der letzten 15 Jahre, und nur vor ihrem Hintergrund macht dieses komplizierte Planungswerk, das wir empfehlen, überhaupt einen Sinn. Wir stehen heute in der schwierigen Situation, daß wir das, was wir aufgebaut haben, in Frage stellen müssen, und das auch noch auf einem finanziell skandalös abgemagerten Plafond. Darüber muß man auch erst einmal innerhalb der Psychiatrie diskutieren, ob man überhaupt noch eine gemeinsame Marschrichtung entwickeln kann, wenn man sich plötzlich selbst kritisiert, gleichzeitig aber die öffentlichen Geldgeber wieder gemeinsam zur Kasse bitten muß. Wenn wir uns weiter auseinanderdividieren, wie das jetzt schon wieder losgeht, kriegen wir sicher keine müde Mark.

Picard: Ich habe vor zwanzig Jahren angefangen, mich mit Psychiatrie zu beschäftigen, um nun zu erleben, daß wir wieder wie damals einen Ideologie-Streit anfangen; denn das scheint mir genau der Punkt zu sein, an dem wir angelangt sind. Ich kenne ein paar Einrichtungen, wo das ohne Ideologie-Streit und ohne politische Standortbestimmungen der Mitarbeiter hervorragend funktioniert, und das müßten wir als vernünftige Menschen, die wir hier zusammen sind, auch schaffen.

Als wir vor zwanzig Jahren anfingen, da hatten wir nicht nur keine müde Mark, sondern da hatten wir einfach gar nichts. Wir haben es damals bloß verstanden, die Psychiatrie zu einem politischen Thema zu machen. Wenn ich mir den Haushaltsplan einer beliebigen deutschen Großstadt oder eines beliebigen deutschen Landkreises vornehme und einmal die Entwicklung der Ausgaben für die verschiedenen Zwecke vergleiche, dann sehe ich, welche Bedeutung die dort verantwortlichen Politiker der Psychiatrie zumessen. Diese Bedeutung ist geringer geworden, als sie Anfang der 70er Jahre war. Und dann muß ich fragen: warum ist das so? – Weil wir uns alle in das System schön eingeordnet haben und brav unsere Pflicht tun; wir haben ja alle ein Positiönchen, wenn auch unterbezahlt, aber wir arbeiten alle mit, und es hat keiner mehr, ich will nicht sagen den Mut, sondern die Verärgerung von damals, weil auch die äußeren Anlässe fehlen. Es ist natürlich unendlich schwieriger, solch diffizile Defizite, wie wir sie heute besprechen, politisch deutlich zu machen, als die skandalösen Bedingungen in den Großkrankenhäusern anzuprangern, in denen es vor 20 Jahren Schlafsäle mit 80 Betten gab und keinen einzigen Kleiderschrank, noch nicht mal einen einen Waschtisch und nicht nur keinen Waschtisch, noch nicht mal ein Nachttischchen, nichts gab es da drin. Das war schlimmer als in einem Gefängnis, und damit konnte man die Bevölkerung natürlich leicht aufrütteln. Mit den komplizierten, sehr diffizilen und sehr unterschiedlichen Verhältnissen, wie wir sie heute haben, ist es enorm schwer, so etwas wie eine politische Aufrüttelung durchzusetzen.

Das müssen wir jetzt nicht mehr auf großer Ebene, sondern das müssen wir in einer Stadt, einem Landkreis oder sogar in einer großen Gemeinde tun, und zwar jeder von uns, wie er hier sitzt; das kann dann nicht mehr einer oder irgendeine Institution stellvertretend für alle machen. Wir brauchen

eine große Heerschar von Leuten, die nicht nur arbeiten und ein Konzept kennen, sondern die auch die Fähigkeit haben, sich durchzusetzen. Die Fähigkeit, sich durchzusetzen, heißt auch, Anderen auf die Füße treten und mit spitzen Ellenbogen kämpfen; denn wenn wir das nicht fertig bringen, dann können wir den ganzen Bericht der Expertenkommission gleich ad acta legen. Wir reden immer so schön von Ressourcen: Gucken Sie im Haushaltsplan der Stadt Frankfurt nach, was die Bundesgartenschau verschlingt und was die Propaganda für die gewünschte Olympiade verschlingt und was die psychiatrische Versorgung in dieser Stadt, wo es kein einziges stationäres Bett gibt, verschlingt, und dann haben sie das Problem klar vor Augen. Wenn Sie es dann schaffen, den entsprechenden Stadtverordneten dazu zu bringen, seine beabsichtigte Zustimmung zu irgendeiner Großausgabe zu revidieren und zu sagen, nein nein, da gibt es keine 50 Millionen, da gibt es nur 49, und eine Million brauchen wir für die psychiatrische Versorgung im Stadtteil Bornheim, um ein Beispiel zu nennen – wenn Sie das schaffen, dann haben Sie die Psychiatrie-Reform vorangebracht.

Kukla: Ich wollte eine Lanze für die Wohlfahrtsverbände brechen, weil mir das eben etwas zu negativ klang. Unsere Erfahrung im Landschaftsverband ist, daß es durchaus im Sinne von Absprachen möglich ist, die Dinge voran zu bringen und zwar dann, wenn es gelingt, die Areale wechselseitig abzugrenzen. Deswegen ist für mich der Sektorbezug so unheimlich wichtig. Das kann geographisch bezogen sein, wie es z. B. in einem Landkreis sehr schnell erreichbar gewesen ist zu sagen, die AWO macht das Linksrheinische und die Caritas das Rechtsrheinische oder umgekehrt. Es kann aber auch um inhaltliche Bereiche gehen, etwa zu sagen, der eine Verband macht die Psychiatrie und der andere macht dafür die Frauenhäuser und anderes. Solche Absprachen sind möglich, auch wenn es da natürlich Konkurrenzen gibt, auch unter diesem Aspekt will ich noch einmal dafür werben, die Rolle eines Koordinators, der genau diese Gespräche führen kann, nicht zu unterschätzen, weil im Zusammenwirken der Beteiligten dann in aller Regel auch Lösungen zu finden sind. Im Rheinland ist das jedenfalls trotz der Pluralität der Träger sehr viel besser gelaufen, als wir das zunächst selbst erwarten konnten.

Was Herr Picard über das politische Engagement sagte, kann ich nur nachdrücklich bekräftigen. Wir benehmen uns gelegentlich so wie Bademeister, die ein dickes Buch schreiben, wie ein Schwimmbad gut gemacht werden sollte, ob man noch einen Sprungturm dabei haben sollte und ein drittes Becken und eine Sauna und eine Massage und Solarium usw., und die all diese Forderungen auf vielen Seiten fachlich zu Papier bringen, und nun meinen, dies müßte doch eigentlich durchschlagen. Nur habe ich noch nie ein Schwimmbad gesehen, das über einen solchen Mechanismus erreicht worden wäre, sondern Schwimmbäder werden gebaut, weil Menschen an ihre Politiker herantreten und sagen: „Hör' zu, wenn wir hier nicht endlich ein Schwimmbad im Stadtteil kriegen, dann bist Du unsere Stimme los. Dann wählen wir Dich nicht mehr." Diesen Politik-Bezug brauchen wir,

wenn wir Gemeindepsychiatrie ernst nehmen wollen. Gelegentlich verstehe ich die Experten und Fachleute nicht mehr, die sagen, das sei nicht ihr Geschäft, sie kümmerten sich um die Patienten, und das andere sollten Andere machen. Wer meint, man würde sich bei so etwas die Finger schmutzig machen, der soll es sein lassen, aber er braucht sich dann auch nicht zu wundern, wenn nichts läuft.

Kruckenberg: Ich denke auch, wir sind an vielen Orten noch immer viel zu zurückhaltend gewesen. Vielleicht sollte man an dieser Stelle noch einmal deutlich machen, daß es ein grober Skandal ist, daß das Gesundheitsreformgesetz in Kenntnis dessen, was gleichzeitig erarbeitet worden ist, dennoch ohne stärkeren Psychiatrie-Bezug so verabschiedet wurde – auch in Kenntnis dessen, was schon der Bundesrat an Vorschlägen gemacht hat; das sollte man immer wieder überall in der Bundesrepublik sagen, daß das eigentlich eine Unverschämtheit gegenüber den psychisch Kranken ist. Ähnlich skandalös ist auch, daß z. B. in Niedersachsen in Kenntnis der Psychiatrie-Enquête in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren noch zweistellige Millionenbeträge in den Ausbau von Landeskrankenhäusern investiert worden sind und die sozialpsychiatrischen Dienste vor sich hin wursteln müssen, obwohl die Probleme bekannt waren. Gleiches gilt für andere Bundesländer, wo man in Kenntnis der Tatsache, daß die niedergelassenen Ärzte zwar einen sinnvollen, aber nur einen begrenzten Teil der Betreuung chronisch Kranker übernehmen können, bloß kastrierte sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet hat. Dies alles sind skandalöse Vorfälle, die man immer wieder deutlich machen muß. Ich glaube auch, daß man in unserem Bereich nicht vernünftig therapeutisch arbeiten kann, wenn man sich diesen politischen Auseinandersetzungen nicht stellt.

Das kann ja auch Spaß machen. Uns hat es zum Beispiel Spaß gemacht, einen Gesundheitsminister mit zunehmendem und erheblichem Druck in Presse und Fernsehen dazu zu zwingen, die Kostenübernahme für einen Schwerstbehinderten, dem man 35 Jahre seines Lebens gestohlen hat, in einer angemessenen Einrichtung nach einem halbjährigen Prozeß schließlich zu akzeptieren. Diese Auseinandersetzung hat in dem entsprechenden Bundesland, in dem Fall Schleswig-Holstein, gleichzeitig zu einer Diskussion über den Standard der Betreuung von schwer geistig Behinderten geführt: Solche Prozesse müssen wir handhaben lernen. Trotzdem möchte ich davor warnen, nun ins Gegenteil umzuschlagen und die Schuld für Probleme immer nur den Politikern zuzuschieben.

Denn es geht ja auch darum, mit den gegebenen Ressourcen vernünftig zu arbeiten. Da geht es mit dem Verbund-Vorschlag ans Eingemachte. Denn Verbund heißt ja auch, daß die verschiedenen Anbieter sich zusammenfinden und die Aufgaben verteilen müssen, ob nun geographisch oder nach Funktionsbereichen. In Bremen ist das einigermaßen gelungen, mit Verhandlungen, mit Druck, auch mit Geld übrigens. In vielen Regionen der Bundesrepublik ist es aber noch nicht realisiert. Wir können uns aus fachlichen Gründen in einer kleinen Region eine Trägervielfalt über ein ganz

begrenztes Maß hinaus nicht leisten; die Vielfalt, die Konkurrenz sozusagen, muß sich zwischen benachbarten Regionen ergeben, nicht zwischen fünf oder sechs oder sieben verschiedenen Trägern in einer Region. Besteht denn darüber hier Einigkeit, oder müssen wir uns darüber auch streiten.

Eine sehr schwierige Frage ist, inwieweit und wie eng dieser Verbund mit den Achsen: Arbeit, Wohnen, Beschäftigung und Behandlung verkoppelt sein muß. Da gibt es ja auch Vorbehalte; viele sagen, daß jemand seinen Berater und Betreuer aus dem sozialpsychiatrischen Dienst oder der Institutsambulanz nicht unbedingt im Tageszentrum wieder treffen möchte. Ich würde gerne noch einmal vertieft diskutieren, inwieweit die verschiedenen Lebensbereiche nicht doch ein bißchen mehr zu trennen wären. Es spricht sicher viel für das eine und viel für das andere, und ich denke, allein zu diesem Thema lohnt es sich einmal, eine intensive Arbeitstagung zu machen.

Eisenberg: Wir haben uns in der Region Kassel Gedanken gemacht, was man nun eigentlich mit den Empfehlungen anfangen kann. Wir haben schon seit 1987 als Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft eine Petition im Deutschen Bundestag laufen und hatten bisher vom Petitionsausschuß die Mitteilung erhalten, daß das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit den Bericht der Expertenkommission abwarten möchte. Nachdem dieser nun vorliegt, hat der Petitionsausschuß erneut das Ministerium gefragt und die Antwort des Ministeriums lautet, der Bericht liege vor, er werde vervielfältigt und könne gelesen werden. Ich denke, Herr Schwendy hat Recht, wenn er vorhin sagte, daß wir uns haben reinlegen lassen bezüglich der ganzen Kostensachen, die mit dem GRG zusammenhängen. Ich finde es wirklich einen Skandal, daß nicht wenigstens jetzt die Expertenempfehlungen ganz massiv aufgegriffen werden. Wenn ich weiß, daß viele Dienste, die jeden Tag ihre Arbeit gut machen, in Existenznot geraten können, weil sie wegen veränderter Finanzierungsstrukturen in den ABM-Bestimmungen vielleicht morgen schon aufhören müssen, dann reicht es mir als unsere Reaktion nicht aus, das nur zur Kenntnis zu nehmen. Ich hoffe, daß auch darüber noch einmal gesprochen wird, ob wir uns nicht auch von dieser Tagung aus an den Bundestag wenden sollen, damit diese Sache möglichst bald diskutiert wird. Damit will ich nicht von dem Vorschlag ablenken, den Herr Picard vorgebracht hat, daß wir unsere Haushalte auf örtlicher Ebene durchforsten und auch da eine Gewichtung zugunsten der Psychiatrie herstellen sollen. Aber ich denke, die Aktion psychisch Kranke ist eine Bundesvereinigung und sollte deshalb auch auf Bundesebene ansetzen.

Frau Redel: Ich sitze als Vertreterin des BMJFFG hier. Die Antwort auf die Petition ist offenbar nicht richtig gelesen worden. Es ist allgemein bekannt, daß die Bundesregierung, sprich das BMJFFG, eine Stellungnahme zum Bericht der Expertenkommission erarbeitet. Zur Vorbereitung dieser Stellungnahme sind die Verbände, die Länder aufgefordert worden, ihrerseits eine Stellungnahme abzugeben, die in die Stellungnahme der Bundesregierung mit eingearbeitet werden soll, und das braucht einige Zeit. Die Stellungnahme der Bundesregierung soll dann als Bundestagsdrucksache in den Bundestag gebracht und dort auch behandelt werden.

Picard: Frau Redel, ich habe eine Bitte an Sie: dafür zu sorgen, soweit Ihr Haus und vielleicht auch Sie persönlich das können, diese Stellungnahme dadurch zu beschleunigen, daß die von Ihnen zu Hörenden sich ein kleines bißchen beeilen, jedenfalls ein kleines bißchen mehr beeilen, als bei der Psychiatrie-Enquête. Das dauerte mir damals viel zu lange. Ich kenne ja die beschränkten Möglichkeiten, die Sie haben, und ich weiß, daß sie nicht über Ihre Überredungskünste hinausgehen. Aber ich hoffe, daß die jedenfalls gut entwickelt sind.

Ullrich: Ist es denn wirklich so eine wichtige Frage, ob man das nun „Verbund" nennt oder „Zentrum" oder „Koordinator" oder „Referent" oder wie auch immer; ist es nicht viel wichtiger, die Frage relativ pragmatisch zu stellen, wie in den einzelnen Regionen eine angemessene Versorgung aufgebaut werden kann? Insofern ist, was die Expertenkommission vorschlägt, als klare Handlungsanweisung für die Praktiker vor Ort doch ganz hilfreich: überschaubare Versorgungsregionen, für Regionen zumindest einen Ansatz für Personalempfehlungen, wie immer das dann strukturiert werden mag, ob es die Stadt macht oder der freie Träger oder irgendein Hilfsverein. Das ist doch die Situation, wie sie sich darstellt, denn wenn ich mir z. B. unseren Bereich in Dortmund angucke, dann sind seit der Psychiatrie-Enquête vierhundert Betten abgebaut worden, aber im komplementären Bereich ist entsprechend diesem Bettenabbau nichts Adäquates entstanden. Das heißt: da die Zahl der Kranken sich rein statistisch nicht verringert hat, gehe ich davon aus, daß zunehmend mehr Patienten unversorgt in dem Bereich leben.

Die Bevölkerung insgesamt hat doch den Grundgedanken der Psychiatrie-Enquête keineswegs wohlwollend akzeptiert, sondern wenn ich Hausbesuche mache, finde ich häufig die Reaktion: „Die gehören doch in eine Anstalt." Das ist wirklich eine verhängnisvolle Situation, wo ich einen unmittelbaren Handlungsbedarf sehe. Denn ich sehe sonst keine Lösung für den Patienten, der nicht angemessen betreut wird und deshalb halbjährlich die Wohnung wechseln muß, weil er einfach vom sozialen Umfeld nicht mehr mitgetragen wird. Denen können wir von der Psychiatrie-Enquête erzählen, was wir wollen, die wollen nachts in Ruhe schlafen und nicht stündlich geweckt werden, weil die Nachbarin sich auf den Balkon stellt und schreit: „Meyer stell' die Abhöranlage ab" – das ist doch die Realität. Deshalb ist es auch m. E. für Politiker manchmal ganz schön schwierig, sich mit der Psychiatrie aus dem Fenster zu hängen. Wir können das Defizit koordinieren und Verträge schließen, wie wir wollen, das ändert nichts, wenn nicht wirklich greifbare finanzielle Unterstützung kommt – das muß allen Verantwortlichen deutlich werden. Insofern verstehe ich z. B. auch die Finanzspritzen des Ministeriums bei den Sozialstationen und auch zur Förderung dieser Koordinatorenstellen als einen Schritt in die Richtung, die Kommunen stärker in die Pflicht zu nehmen.

III. Leistungen, Trägerschaft und Finanzierungsformen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Konkrete Erfahrungen mit trägerübergreifenden Sozialstationen in Hamburg: Planung, Organisation und Finanzierung

J. Wäcken

In Hamburg werden seit etwa acht Jahren Erfahrungen mit einem träger- und verbandsübergreifenden Hilfesystem gesammelt, die sich vermutlich in wesentlichen Teilen auf Planungen für einen Gemeindepsychiatrischen Verbund übertragen lassen.

Dazu einführend ein paar Worte zu Inhalten und Aufgabenstellungen von Sozialstationen.

Sozialstationen bieten bundesweit in aller Regel ambulante pflegerische Dienste an. Zu den Kernaufgaben gehören überall die häusliche Krankenpflege, die Haus-, Familien- und Altenpflege und die hauswirtschaftlichen Hilfen. Sehr unterschiedlich ist im Bundesvergleich die Zuordnung weiterer ambulanter Hilfen oder die Vernetzung mit anderen Hilfesystemen.

Hamburg hat sich relativ spät, nämlich erst 1979, entschlossen, ein Konzept für Sozialstationen zu entwickeln, und hatte dabei den Vorteil, in anderen Bundesländern schon einmal etwas abgucken zu können. Zum Problem wurde in der konzeptionellen Diskussion allerdings, daß in Hamburg bereits seinerzeit ein zwar nicht bedarfsdeckendes, aber vergleichsweise gut funktionierendes Angebot von ambulant-pflegerischen Diensten sowohl der Freien Wohlfahrtspflege, als auch der Stadt bestand. Insbesondere die Kirchengemeinden stellten eine hohe Zahl von Gemeindekrankenschwestern, während andere Wohlfahrtsverbände – wie Arbeiterwohlfahrt und DPWV – mit ihren Untergliederungen die Haus-, Familien- und Altenpflege anboten. Daneben gab und gibt es noch heute ca. 40 staatliche Gemeindekrankenschwestern, die bei den Hamburgischen Bezirksämtern angestellt sind und stadtteilbezogen arbeiten.

Die Schaffung einer zentralen Anlaufstelle und der Versuch einer Qualifizierung der Dienste durch Bündelung und Strukturierung stieß somit auf die Schwierigkeit, erst einmal vorhandene Dienste bündeln zu müssen und dabei unter Berücksichtigung der vorhandenen Anstellungsverträge und der Selbständigkeit der Anstellungsträger eine Organisationsform zu finden, die eine Vielfalt von Interessen zusammenfassen konnte.

Ich denke, daß die zur Mischträgerschaft führende Diskussion seinerzeit mehr der Not gehorchte als dem eigenen Trieb.

Nachdem nun klar war, daß die zentrale Anlaufstelle nur unter Berücksichtigung aller örtlichen Trägerinteressen erreichbar war, entschloß man sich zur Bildung örtlicher Arbeitsausschüsse als Träger von Sozialstationen.

Zu diesem Arbeitsausschuß gehören die örtlichen Träger ambulanter pflegerischer Dienste einschließlich des jeweiligen Bezirksamtes.

Dieser örtliche Arbeitsausschuß bestimmt einen geschäftsführenden Träger, der die Wirtschaftsführung und damit auch die Verwendung der staatlichen Zuwendungen verantwortet.

Das ist nun leichter gesagt als getan.

Sozialstationen in Hamburg haben sich zu Betrieben entwickelt, deren Größenordnung so nicht prognostiziert war. Die Mitarbeiterzahl schwankt je nach Einzugsbereich zwischen 80 und 300 Mitarbeitern pro Station. Im Jahreswirtschaftsplan werden zwischen 1 Mio. und 2,5 Mio. DM bewegt.

Das erfordert eine straffe, an betriebswirtschaftlichen Grundsätzen orientierte Organisation, die bisher noch nicht gegeben ist.

Sie können sich vorstellen, daß die unhomogene Zusammensetzung von Trägern unterschiedlicher Größe und unterschiedlicher Weltanschauung die Führung eines solchen Betriebes nicht gerade leicht macht. Wir haben Sozialstationen, in denen z. B. sechs Kirchengemeinden, die Arbeiterwohlfahrt und ein Kreisverband des Deutschen Roten Kreuzes gemeinsam eine Sozialstation tragen. Dabei sind die Vertreter eines Teils der Mitträger schlichtweg überfordert, solch einen in der Rechtsform des nicht eingetragenen Vereins betriebenen Wirtschaftsbetrieb zu lenken.

Die offene Trägerschaft, die die Mitwirkung von vielen verschiedenen Kräften in einem Stadtteil ermöglicht, läßt sich nach meiner Auffassung nur für kleine Einheiten verwirklichen. Auf so ein Beispiel komme ich noch.

Für die Sozialstationen wird es notwendig werden, eine Rechtsform zu finden, die der wirtschaftlichen Größenordnung entspricht, und das ist die gemeinnützige GmbH oder der rechtsfähige Verein.

Insbesondere müssen wir ändern, daß in Hamburger Sozialstationen Mitarbeiter gemeinsam arbeiten, die bei unterschiedlichen Arbeitgebern mit unterschiedlichen Tarifbestimmungen angestellt sind. Dieses führt zu Ungereimtheiten in der Refinanzierung der Personalkosten aus dem gemeinsamen Topf und zu Gerechtigkeitsproblemen zwischen den Mitarbeitern.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege überdenken z. Z. die Rechtsform und betriebswirtschaftliche Struktur der Hamburger Sozialstationen. Dabei soll die Mischträgerschaft mit all ihren Problemen nicht aufgegeben werden, weil sie eben doch ein hohes Maß an Mitwirkung von örtlich relevanten Gruppen und damit den Stadtteilbezug sicherstellt. Ich denke, es wird auf die Schaffung von 41 rechtsfähigen Vereinen hinauslaufen, weil dieses eine traditionell gewachsene Organisationsform Freier Wohlfahrtspflege ist. Fast unlösbar erscheint mir dabei das Problem, einheitliche Anstellungsverhältnisse zu schaffen, weil insbesondere die tariflich günstiger gestellten Mitarbeiter – das sind vor allem die kirchlichen Mitarbeiter – wohl nicht so einfach ihre bisherigen Anstellungsverhältnisse aufgeben werden.

Die Mischträgerschaft soll allerdings auch aus einem weiteren Grunde beibehalten werden. Die offene Form soll es ermöglichen, daß neue Entwicklungen im Stadtteil – z. B. durch Initiativen und Selbsthilfegruppen – in die Sozialstation hineingetragen werden können. Dieser vom Ansatz her richtige Gedanke hat sich in der Vergangenheit allerdings bisher nur in wenigen Fällen realisiert, da es wegen der Größe der Sozialstation eher einen Trend zur Ausrichtung auf den geschäftsführenden Träger gibt.

Ich denke, daß die in einer Mischträgerschaft liegenden positiven konzeptionellen Ansätze insbesondere wegen der Betriebsgröße scheitern. Daher ist es meiner Meinung nach notwendig, den Einzugsbereich Hamburger Sozialstationen von z. Z. ca. 40 000 Einwohnern zumindest zu halbieren. Diese Möglichkeit scheidet jedoch längerfristig aus, da der Hamburger Haushalt die dafür notwendigen zusätzlichen Mittel nicht ausweist und in den nächsten Jahren wohl auch nicht ausweisen wird.

Hamburger Sozialstationen werden nicht nur gemischt getragen, sondern auch gemischt finanziert. Das führt dann im konkreten Fall immer wieder zu gemischten Gefühlen.

Die Finanzierung der Personal- und Sachkosten einer Sozialstation erfolgt durch Leistungsentgelte für die von den Pflegekräften erbrachten Leistungen und durch Zuwendungen der Stadt Hamburg.

Seit Januar 1989 wird die Zuwendung in Höhe von DM 200 000,– pro Station vor den Vorhalte- und Regiebereich gezahlt. Dieses reicht allerdings nicht aus, um die Personal- und Sachkosten von Stationsleitung, Einsatzleitung und Verwaltung abzudecken. Daher müssen nicht nur die Personal- und Sachkosten in der Pflege, sondern auch ein Teil der Verwaltung über Leistungsentgelte finanziert werden. Mit den Kostenträgern wurde ein Selbstkostenblatt vereinbart, das Grundlage für die Ermittlung kostendekkender Leistungsentgelte ist. So haben wir ein Leistungsentgelt für die Krankenpflege, für die Hauspflege und für die Haushilfe.

Diese Finanzierung führt zu einem erhöhten Betriebsrisiko, weil ein Nachfragerückgang die Station sofort in wirtschaftliche Probleme bringt. Dieses Risiko wird etwas gemindert durch einen mit den Kostenträgern abgesprochenen Anteil von geringfügig Beschäftigten – sogenannten 430-Mark-Kräften –, die auf Abruf einsetzbar sind und damit Nachfragespritzen auffangen können.

Die Stadt Hamburg hat allerdings den Wunsch, sich sukzessive aus der Zuwendungsfinanzierung zurückzuziehen und die Gesamtfinanzierung der Sozialstationen den Trägern über kostendeckende Leistungsentgelte zu überlassen. Dieses bringt erhebliche Probleme mit sich, weil das Dienstleistungsangebot von Sozialstationen inzwischen auch auf einem freien Markt

angeboten werden muß und frei gemeinnützige Einrichtungen mit tariflich bezahlten Mitarbeitern gegen die Preisgestaltung eines gewerblichen Unternehmers nicht konkurrieren können. Dieses ist ein vielschichtiges Problem, das ich hier allerdings nicht weiter ausführen muß.

Die Selbstfinanzierung durch Leistungsentgelte bietet aber auch eine relativ große Entscheidungsfreiheit der Träger hinsichtlich der Angebotspalette, der Konzeption und der Personalausstattung. Risiko und Entscheidungsfreiraum bedingen sich nun mal gegenseitig.

Ich möchte an dieser Stelle auf ein weiteres Beispiel von in Mischträgerschaft getragenen Einrichtungen in Hamburg verweisen.

Im Zuge der Umsetzung eines Konzepts zur Ambulantisierung der Arbeit für alleinstehende Wohnungslose wurden in Hamburg in den vergangenen zwei Jahren fünf Soziale Kontaktstellen eingerichtet, die in Mischträgerschaft betrieben werden.

Soziale Kontaktstellen betreuen mit fünf oder sechs Sozialarbeitern eine Zahl von 90 Personen stadtteilbezogen, nachdem diesen Personen Wohnraum vermittelt werden konnte.

Auch hier basierte die Entscheidung für eine Mischträgerschaft auf der Vorstellung, daß die unterschiedlichen Erfahrungen der Träger auf diesem Arbeitsfeld gebündelt werden und ortsbezogen unter Berücksichtigung der Wohn- und Nachbarschaftsstruktur der Arbeit zugute kommen. Auch dieses läuft selbstverständlich nicht problemlos. Die Probleme sind allerdings weitgehend inhaltlicher, konzeptioneller Natur, was sich schon fast zwingend aus den unterschiedlichen Ansätzen der Träger ergibt.

Die Tatsache aber, daß eine Soziale Kontaktstelle jeweils nur von zwei Trägern getragen wird, die sich zusammenraufen müssen, daß das Personal einschließlich der Verwaltung 10 Personen nicht überschreitet, die Zahl der zu betreuenden Personen limitiert ist und damit keine wesentliche Expansionsgefahr besteht, und die Sicherheit der Finanzierung durch öffentliche Zuwendung läßt keine wesentlichen betriebswirtschaftlichen Probleme entstehen.

In Hamburg werden die fünf Sozialen Kontaktstellen ausschließlich über Zuwendungen finanziert. Das fehlende Betriebsrisiko muß allerdings mit einem teilweisen Verzicht auf Freiheiten erkauft werden. So ist z. B. die Zahl der zu betreuenden Klienten pro Sozialarbeiter in den besonderen Nebenbestimmungen zum Zuwendungsbescheid festgeschrieben.

Zusammenfassend denke ich sagen zu können, daß die Mischträgerschaft als konzeptioneller Ansatz sinnvoll umsetzbar ist, wenn die Betriebsgröße den leicht überschaubaren Bereich nicht verläßt und das Betriebsrisiko minimal ist. Bei größeren Einheiten und hohem Betriebsrisiko durch Leistungsentgeltfinanzierung ist der eigene Rechtsträger mit einer klar gegliederten Geschäftsführungskompetenz vorzuziehen.

Bündelung von Funktionen und Sozialleistungen und gegliederte leistungsrechtliche Zuständigkeit: Ist ein Gemeindepsychiatrischer Verbund finanzierbar?

K. D. Voß

0. Vorbemerkung

Im vorangegangenen Referat wurden betriebswirtschaftliche Aspekte und Fragen einzelner Bausteinkomponenten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes beleuchtet und beantwortet. Ökonomische Fragen spielen sicherlich auch in mein Thema hinein. Der Schwerpunkt liegt allerdings mehr im Sozialrecht und im Gesundheitspolitischen.

Auf den Untertitel des mir gestellten Themas „Ist ein Gemeindepsychiatrischer Verbund finanzierbar?" kann ich eine sehr kurze Antwort geben. Sie lautet schlicht „ja", wenn nicht alles und allein über die Haushalte der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll. Diese Feststellung allein ist aber wahrscheinlich wenig hilfreich. Sie bedarf der Erläuterung. Diese möchte ich in vier Teile gliedern:

- Die rechtliche und die tatsächliche Entwicklung in der Psychiatrie mit bisher erzielten Versorgungsverbesserungen aus der Sicht der Sozialversicherung, speziell der GKV
- Gesichtspunkte zur Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbundes
- Finanzierung einzelner Bausteine des Verbundes, und zwar insbesondere unter Berücksichtigung des Gesundheitsreformgesetzes
- Anmerkungen zu weiteren Empfehlungen der Expertenkommission, insbesondere zur Kinder- und Jugendpsychiatrie; Geronto-Psychiatrie und zur Suchttherapie

1. Bisherige Versorgungsverbessererungen aus der Sicht der GKV

Bereits bis zum Bekanntwerden der Empfehlungen der Expertenkommisson sind durch bzw. über die gesetzliche Krankenversicherung zahlreiche Versorgungsverbesserungen realisiert worden. Die sowohl auf die Gesetzgebung, als auch auf Beschlüsse der Selbstverwaltung zurückgehenden Weiterentwicklungen sind sicherlich durch die Psychiatrie-Enquête und diverse Modellprogramme, insbesondere das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung, entscheidend begünstigt worden. Das nachfolgende Schaubild 1 faßt sie noch einmal stichwortartig zusammen.

GKV-seitige Verbesserungen
in der Psychiatrie

- Wegfall der Aussteuerung bei Krankenhauspflege (1974)
- Psychotherapie-Vereinbarung (1976; Neufassung 1988)
- Regelung für (psychiatrische) Institutsambulanzen (1977 und 1986)
- Empfehlungs-Vereinbarung der GKV und RV zur stationären Sucht-Entwöhnung (1978)
- Vereinbarung Vorleistung Drogen (1981)
- Wegfall Halbierungserlaß (1982)
- Teilstationäre Versorgung in Tages- und Nachtkliniken (1982 und 1986)
- Anforderungsprofil für Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte – RPK – (1985)
- Vereinbarung der GKV, RV und BA über die Zusammenarbeit bei Reha-Maßnahmen in RPK's (1986)
- Mitfinanzierung von Übergangseinrichtungen und therapeutischen Wohngemeinschaften in Berlin (1986)
- Mitfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg (1987)
- Vereinbarung Nachsorge Sucht (1987)
- Psychotherapie-Richtlinien (1987)
- Neubewertung der Leistungen für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (1987)

Die schraffierten Positionen betreffen Verbesserungen, die seltens der Selbstverwaltung der GKV ohne den Gesetzgeber realisiert worden sind. Einige der dargestellten Verbesserungen sind auch deswegen von Bedeutung, weil sie Mitfinanzierungsregelungen mit Bezug zum heutigen Thema, aber zugleich Tatbestände betreffen, die durch das GRG möglicherweise

fragwürdig geworden sind. Hierzu zählt die 1986 geschlossene Vereinbarung in Berlin, nach der Übergangseinrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften von der Krankenversicherung mitfinanziert werden. Sie stellt einen politischen Kompromiß dar und wurde durch die Zusage entscheidend beeinflußt, vollstationäre Kapazitäten abzubauen. Ähnliches gilt für die Mitfinanzierungsregelung für die sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg aus dem Jahre 1987. Sie kam zustande, weil das Land Baden-Württemberg auf die Einrichtung von Institutsambulanzen verzichtet hat. Gute Kompromisse waren es sicherlich dann, wenn hierdurch die erwarteten Ziele erreicht und sich zugleich Verbesserungen für die Situation psychisch Kranker ergeben haben.

Die in der Übersicht dargestellten GKV-seitigen Verbesserungen waren an der Bedarfslage psychisch Kranker insgesamt ausgerichtet. Für Chroniker, die mehr im Fokus der Empfehlungen der Expertenkommission stehen, hatten sie – das muß heute selbstkritisch bekannt werden – vielleicht weniger Relevanz.

Inzwischen verfügen wir nicht nur in den Modellregionen des Bundesprogrammes über ein breites und differenziertes Spektrum von Einrichtungen und Diensten, die an der Therapie, Versorgung und Betreuung psychisch Kranker beteiligt sind.

In der stationären medizinischen Versorgung treffen wir u. a. auf

- psychiatrische Krankenhäuser
- psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern
- Tageskliniken
- Nachtkliniken (aber offenbar mit abnehmender Bedeutung)
- die Reha-Einrichtung für psychisch Kranke als neuen Einrichtungstyp
- Fachkliniken, hier insbesondere für Suchttherapie und für die Psychosomatik.

Auch in der ambulanten Versorgung haben wir – das macht auch die heutige Tagung mehr als deutlich – inzwischen ein sehr vielfältiges Netz von Diensten und Einrichtungen:

- Niedergelassene Ärzte
- Institutsambulanzen
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
- Sozialstationen (die aber nach wie vor ihren Schwerpunkt im somatischen Bereich haben).

Daneben gibt es ein mehr oder weniger dichtes Netz von komplementären Diensten und Einrichtungen, u. a.

- psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen
- Tagesstätten
- Patientenclubs
- Übergangsheime
- Wohngruppen.

Das Versorgungs- und Betreuungsangebot im Rahmen der Psychiatrie ist inzwischen so vielfältig, daß derjenige, der nicht ständig damit zu tun hat, schnell den Überblick verlieren und nicht alles richtig einordnen kann. Dies ist für sozialrechtliche Bewertungen schwierig und kann schon für sich zu gewissen Finanzierungsproblemen führen.

Insgesamt gesehen, das machen auch die Empfehlungen der Expertenkommission deutlich und das ist auch der Eindruck der Sozial- und Krankenversicherungsträger, ist das spezifisch medizinische Versorgungsangebot für psychisch Kranke weitgehend bedarfsgerecht. Ein gewisser Mangel besteht sicherlich im Bereich der komplementären Dienste. Defizite hier sind vermutlich z. T. auch auf Finanzierungsprobleme zurückzuführen.

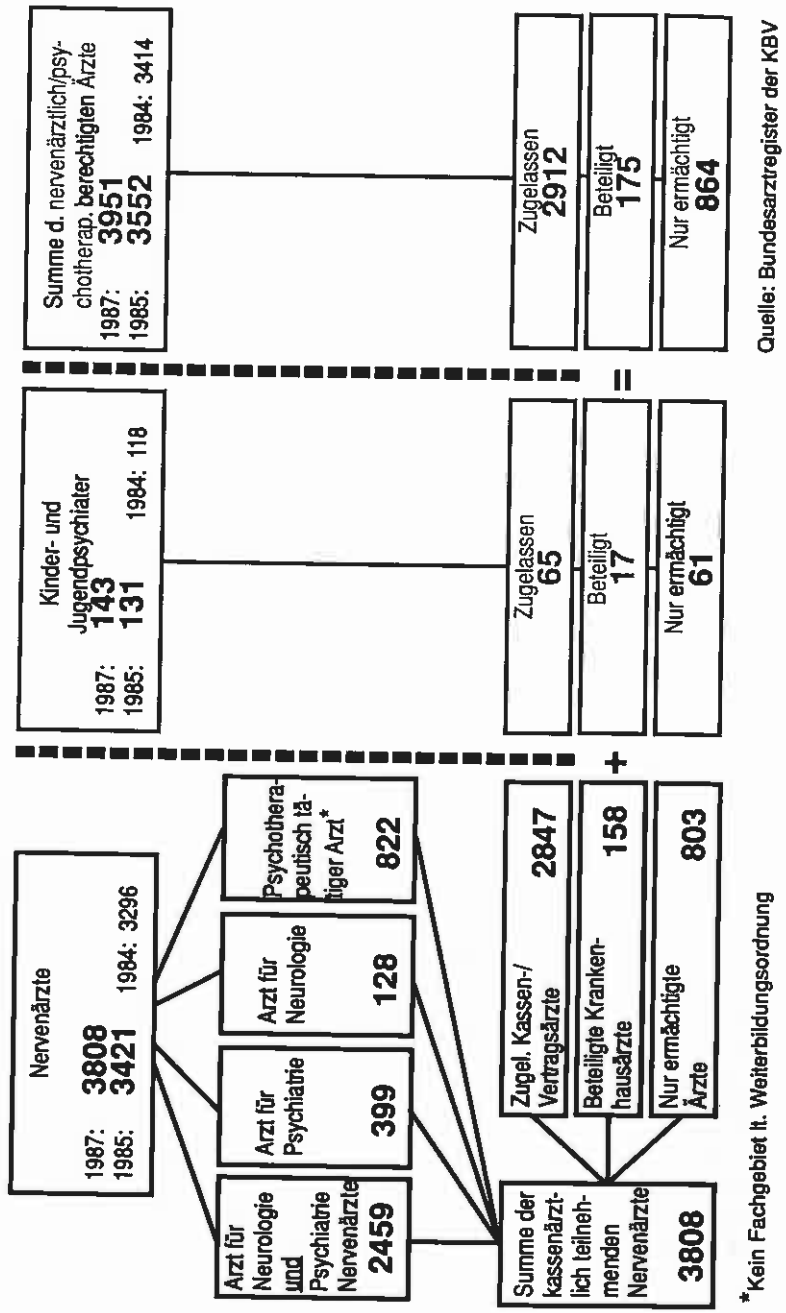
Im medizinischen Bereich haben wir inzwischen partiell sogar eine gewisse Überversorgung. Dies gilt insbesondere für den vollstationären Bereich und für niedergelassene Nervenärzte und Psychiater.

Wie das Schaubild 2 zeigt, sind an der kassenärztlichen Versorgung inzwischen über 3800 Kassenärzte fachspezifisch beteiligt.

Ein Gebietsarzt hat etwa 16000 Einwohner zu versorgen, während die Psychiatrie-Enquête noch von einem Soll von 1 : 50000 ausging. Das Soll ist also schon bei weitem überschritten und kann insbesondere in Gebieten einer Überversorgung zu Problemen führen. Eine Überversorgung muß nämlich nicht unbedingt Versorgungsverbesserungen für die Betroffenen bedeuten. Konkurrenz und Wettbewerb sind zwar Grundbedingungen für marktwirtschaftlich orientierte Systeme, können aber gesundheitspolitisch auch kontraproduktiv wirken. Hierzu einige Beispiele. Konkurrierende Versorgungsangebote im ambulant-medizinischen Bereich finden wir z. B. zwischen dem niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin und dem Gebietsarzt. Es ist nicht auszuschließen, daß nicht zuletzt aus Finanzierungsgründen die Bereitschaft, den psychisch Kranken oder Auffälligen rechtzeitig dem Gebietsarzt zu überweisen, nicht sehr ausgeprägt ist. Ähnliches gilt für die Konkurrenz der Institutsambulanzen nach § 118 SGB V zum Gebietsarzt. Die Bereitschaft der Institutsambulanzen, vorwiegend schwer Gestörte („nicht wartezimmerfähige") psychisch Kranke zu versorgen und den Gebietsärzten die leichter gestörten psychisch Kranken zur Versorgung zu überlassen, ist nicht überall feststellbar. Auch Institutsambulanzen scheinen Interesse daran zu finden, leichter gestörte psychisch Kranke, die auch durch niedergelassene Ärzte bedarfsgerecht behandelt werden könnten,

Psychiatrisch/Psychotherapeutische Versorgung 1987

(Bundesgebiet einschließlich Berlin (West)



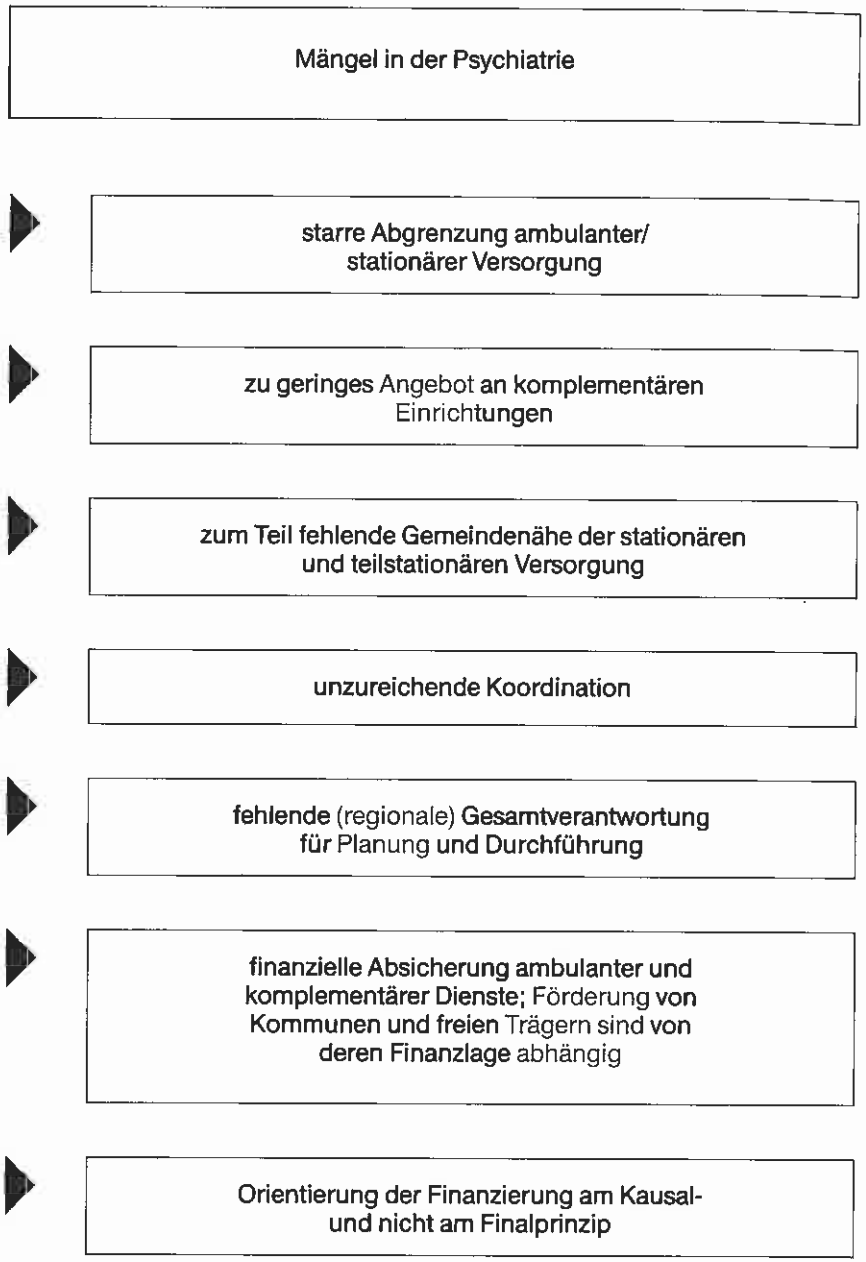
selbst zu versorgen. Der Grund liegt auf der Hand: je nach Finanzierungsmodus kann sich ein geringerer Behandlungs- und Betreuungsaufwand positiv auf die Ertragslage der Institutsambulanz auswirken.

Kontraproduktive Wirkungen dieser Art finden sich auch im Bereich der stationären Versorgung. Sie resultieren aus der Konkurrenz zwischen psychiatrischen Krankenhäusern, die nach den Intentionen des Modellprogramms ihre Kapazitäten eher verringern sollten, und den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die möglichst gemeindenah etabliert sein sollten. Dies ist – jedenfalls an einigen Orten – feststellbar und auch von den ärztlichen Direktoren der psychiatrischen Krankenhäuser jüngst wieder einmal kritisiert worden. Die Fachabteilungen scheinen ihrer Pflicht zur Vollversorgung aller psychisch Kranken in ihrer Region offenbar nicht überall nachzukommen. Sie betreiben offenbar auch eine Patientenselektion und behalten leichter behandelbare Patienten bei sich, während sie chronisch psychisch Kranke und massiver gestörte Patienten z. T. an psychiatrische Krankenhäuser abgeben. Ergebnis: die Erfolgsbilanz der Fachabteilungen sieht möglicherweise günstiger aus, während die der psychiatrischen Krankenhäuser zwangsläufig hinterherhinkt.

Ob diese „Arbeitsteilung" dem psychisch Kranken im Sinne einer verbesserten Versorgung dient, wage ich zu bezweifeln. Sie kann auch nicht dem politischen Ziel dienen, die Kapazitäten (zumindest der gemeindefern arbeitenden PKH's) zu verringern.

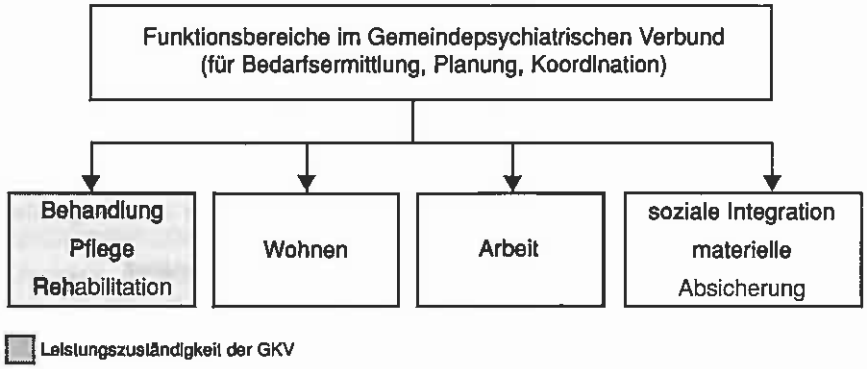
Die dargestellten rechtlichen und tatsächlichen Verbesserungen haben sicherlich einiges positiv verändert. Ob sie aber entsprechend den Hauptempfehlungen der Enquête im Sinne einer wirklich gemeindenahen Versorgung, einer umfassend bedarfsgerechten Versorgung realisiert worden sind und ob dabei alles koordiniert worden ist oder inzwischen wird und ob letztlich die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken erreicht ist, ich weiß es nicht. Mein Eindruck ist vielleicht etwas kritisch und kommt im Schaubild 3 „Mängel in der Psychiatrie" zum Ausdruck.

Das Schaubild ist zwar schon ein wenig älter, aber möglicherweise auch heute noch aktuell. Wir haben nach wie vor, trotz Psychiatrie-Enquête, trotz diverser Anstrengungen der Sozialversicherungsträger, der Einrichtungen und Dienste, trotz diverser Modellprogramme nach wie vor eine zu starre Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, ein zu geringes Angebot an komplementären Einrichtungen, die in der nachstationären Phase wirksam eingesetzt werden könnten. Wir haben z. T. noch zu wenig Gemeindenähe. Und schließlich ist nach wie vor die Koordination all der bestehenden Dienste und Einrichtungen – das machen nicht zuletzt die Empfehlungen deutlich – unzureichend. Es fehlt vor allen Dingen an einer Gesamtverantwortung, die möglicherweise für diesen Bereich nur regional gelebt werden kann. Und schließlich und endlich fehlt es an einer soliden und dauerhaften finanziellen Absicherung der ambulanten und komplementären Dienste. Hier setzt nun die Expertenkommission mit ihren Empfehlungen an, um auch in diesen kritischen Bereichen Verbesserungen zu erzielen.



2. *Gemeindepsychiatrischer Verbund*

Im Mittelpunkt der Empfehlungen steht der Gemeindepsychiatrische Verbund. Von den in diesem Zusammenhang angesprochenen vier verschiedenen Funktionsbereichen will ich mich im Rahmen meiner Darlegungen auf den Block „Behandlung, Pflege, Rehabilitation" beziehen. Die anderen Funktionsbereiche – das macht die Übersicht 4 deutlich – haben geringeren oder keinen Bezug zum System der gesetzlichen Krankenversicherung.

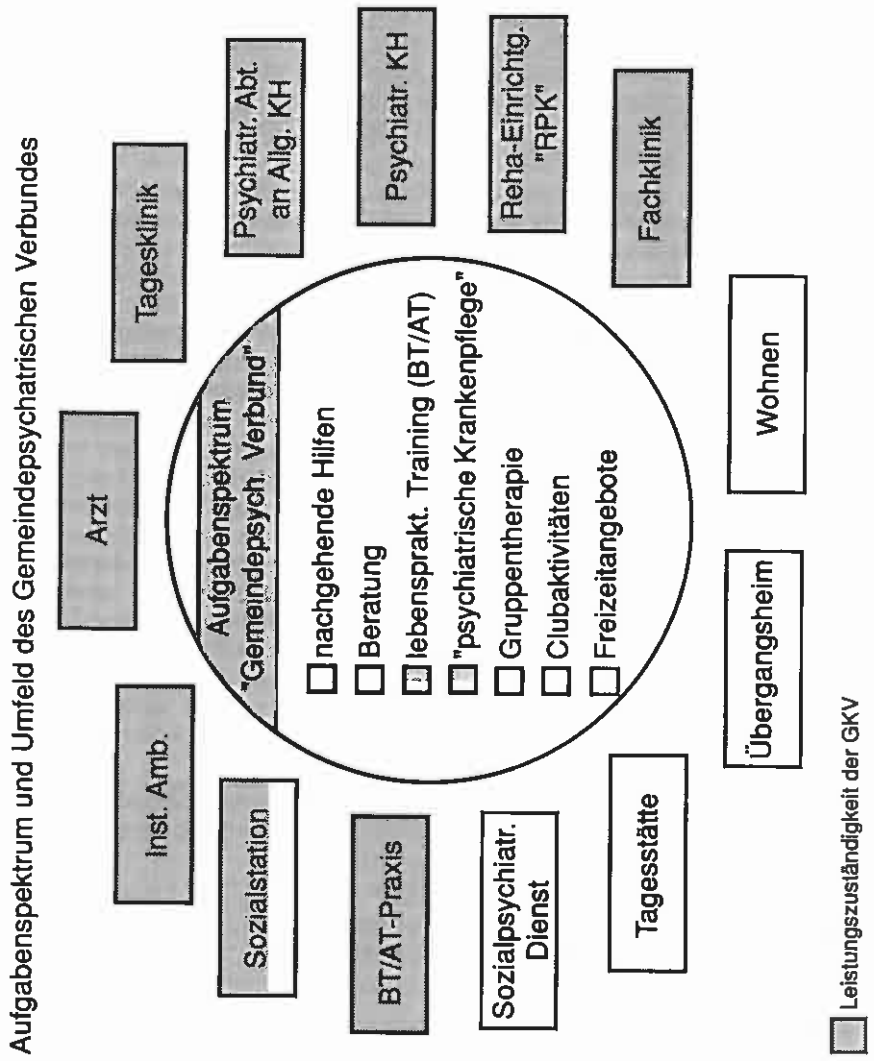


Die Krankenversicherung ist Trägerin medizinischer Maßnahmen. Dies gilt auch in der Rehabilitation.

Die Überlegungen der Expertenkommission zum Gemeindepsychiatrischen Verbund sind vielleicht für Insider der Psychiatrieszene aus sich heraus verständlich und nachvollziehbar. Leser mit sozialrechtlichem Bezug tun sich da möglicherweise schon etwas schwerer. Mit dem Schaubild Nr. 5 habe ich versucht darzustellen, wie ich die Empfehlungen der Expertenkommission zum Gemeindepsychiatrischen Verbund – und zwar ausgehend von den ihm zugewiesenen Aufgaben – verstanden habe.

Von seiten des Verbundes sollen bestimmte Therapie- und Betreuungsleistungen angeboten und für die betroffenen Patienten nutzbar gemacht werden:

- Nachgehende Hilfen
- Beratungsaktivitäten
- Lebenspraktisches Training
- Beschäftigungstherapie
- Arbeitstherapie
- „psychiatrische Krankenpflege" (ich habe sie in Anführungsstriche gesetzt, weil mir nicht ganz klar ist, wie sie inhaltlich beschaffen sein soll)
- Gruppentherapie
- Club-Aktivitäten und Freizeitangebote.



An diesem Gemeindepsychiatrischen Verbund sind verschiedene Akteure verpflichtend beteiligt. Über alles hinweg erfolgt eine entsprechende bedarfsgerechte Angebotsplanung, die Aktivitäten werden koordiniert und so für Patienten nutzbar gemacht. Und schließlich wird der Bereich dann gemeinschaftlich finanziert, so daß auch über die Finanzierung der integrative Ansatz nicht wieder verloren geht.

Probleme gibt es allerdings meiner Auffassung nach für einzelne Bestandteile einer so geschaffenen Versorgung. Wie ist die Einbindung des niedergelassenen Arztes in den Verbund zu realisieren? Hier haben wir die Situation, die auch durch das GRG nicht geändert worden ist, daß für Ärzte die Angebotsplanung über die Kassenärztlichen Vereinigungen vollzogen wird. Dies gilt auch für diejenigen Ärzte, die in ihren Praxen Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten und andere Berufsgruppen beschäftigen und vielleicht an einem Gemeindepsychiatrischen Verbund teilnehmen könnten. Die Frage der übergreifenden Angebotsplanung ist mit Hilfe der Empfehlungen der Expertenkommission jedenfalls nicht geklärt. Und wenn wir in der Nervenarzt-Studie des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung auch noch lesen, daß der niedergelassene Arzt einerseits im eigentlichen Zentrum der Bemühungen um psychisch Kranke und der Versorgungsangebote auf regionaler Ebene steht, auf der anderen Seite aber der niedergelassene Arzt offenbar Probleme in der Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren auf der örtlichen Ebene hat, z. B. mit sozialpsychiatrischen Diensten und Kontakt- und Beratungsstellen, und insgesamt eher isoliert arbeitet, dann erscheint es mir durchaus notwendig, darüber stärker nachzudenken, wie man die niedergelassenen Ärzte in einen solchen Verbund und damit in die umfassendere und bedarfsgerechtere Aufgabenstellung einbeziehen kann.

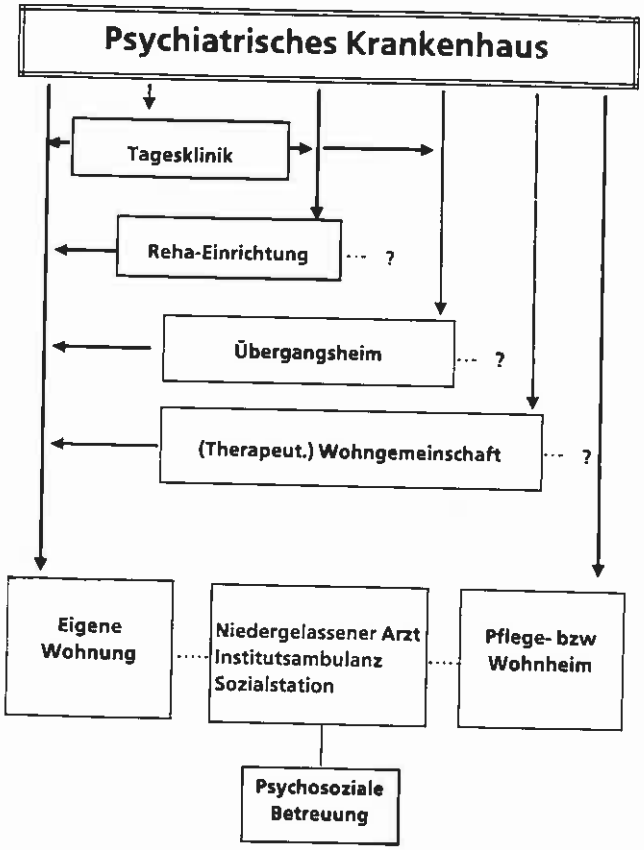
Ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Institutsambulanzen. Auch sie kann man im Grunde nicht verpflichtend in einen solchen Verbund einbeziehen. Auf freiwilliger Basis ist es vielleicht eher möglich.

Sozialstationen könnten und sollten an der Versorgung psychisch Kranker möglichst beteiligt sein. Wo bleiben sie in einem Verbund? Wie sieht es mit Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten in freier Praxis aus? Dies sind nur einige Fragen, auf die die Empfehlungen keine hinreichende Antwort geben.

Bei diesem Schaubild möchte ich noch erläuternd darauf hinweisen, daß die schraffiert dargestellten Einrichtungstypen voll oder z. T. kassenseitig finanziert werden und natürlich auch im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes prinzipiell finanzierungsfähig wären.

Für mich – und diese Frage wird auch in der GKV insgesamt diskutiert – stellt sich die Frage, ob wir für einen solchen Gemeindepsychiatrischen Verbund so behördliche Strukturen benötigen, wie sie erkennbar werden. Die Texte der Empfehlungen lesen sich z. T., als wenn eine neue Gesundheitsbehörde für den Bereich der Psychiatrie etabliert werden soll. Lassen sich die Verbesserungen unter Einschluß einer übergreifenden Planung und

Koordinierung auf freiwilliger Basis nicht mindestens ebenso gut und ohne die behördlichen Strukturen eines Verbundes lösen? Positive Beispiele gibt es in Form der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften. Wenn letztlich aber nur der Gemeindepsychiatrische Verbund im Sinne der Empfehlungen Erfolg für weitere Verbesserungen verspricht, indem man gemeinsam plant und nicht getrennt für den medizinischen Bereich, für den psychosozialen Bereich, für den Bereich der beruflichen Hilfen, sondern tatsächlich eine bedarfsgerechte und integrierte Gesamt-Angebotsplanung für psychisch Kranke auf den Weg bringt, darf eine solche Lösung nicht am gegliederten Sozialversicherungssystem scheitern. Dann müssen solche Verbünde – auch unter Einbeziehung der medizinischen Leistungen, die überwiegend GKV-finanzierungsfähig sind –, geschaffen werden. Entsprechende Modelle sollten dann auch von den Sozialleistungsträgern, insbesondere den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, aktiv mitgetragen werden.



Nachstationäre Betreuungseinrichtungen

Problematisch bleibt allerdings dieser Verbund gerade bei chronisch psychisch Kranken, die bei allen Verbesserungen, die bisher plaziert worden sind, möglicherweise nicht im Zentrum der Bemühungen standen. Denn die medizinische Versorgung, das weiß mittlerweile auch die Krankenversicherung, ist für chronisch psychisch Kranke zwar wichtig, aber für sich allein nicht ausreichend. Das leitet über auf Fragen der Finanzierung für flankierende Maßnahmen, und zwar ungeachtet der Frage, ob sie in oder außerhalb von Verbünden zur Anwendung kommen. Um hier Versorgungsverbesserungen zu realisieren, müssen die medizinischen Leistungen durch flankierende Maßnahmen angereichert werden. Dies gilt insbesondere in der Übergangsphase von der vollstationären Versorgung zu ambulanten Versorgungsformen. Dort ist gerade bei Chronikern fast nie eine Versorgung allein durch den niedergelassenen Arzt oder die Institutsambulanz ausreichend.

Das Schaubild auf Seite 129 soll deutlich machen, daß der psychisch Kranke einer gewissen Stütze durch psychosoziale Betreuung und Trainingsmaßnahmen bedarf, wenn er in der nachstationären Phase ohne die besonderen Angebote des Krankenhauses halbwegs zurechtkommen soll.

3. Finanzierung einzelner Bausteine unter Berücksichtigung des GRG

Was ist nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) oder auch unter Berücksichtigung des GRG, das uns ja gerade erst beschert worden ist, für den Bereich der Psychiatrie finanzierbar, ist es weniger, ist es mehr?

Das GRG war natürlich als Strukturgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung gedacht und nicht für das Gesundheitswesen insgesamt. Der Titel kann von daher etwas mißverständlich sein. Das GRG ist aber auch ein Kostendämpfungs-Gesetz. Immerhin sollten 13,8 Mrd. DM eingespart werden, zwar nicht allein im Jahr 1989, aber auf der Zeitachse. Es sollten auch Verbesserungen für die Bereiche Pflege und Gesundheitsvorsorge eingeführt werden. Von Rehabilitation war nicht die Rede.

Das GRG ist ab 1. 1. 1989 in Kraft getreten und Wolter ruft in einer sozialkritischen Karikatur das Gesundheitswesen auf, doch jetzt endlich wieder mit dem Lächeln zu beginnen.

Ich hoffe, das kann auch für die Psychiatrie gelten. Ob das zutrifft, möchte ich mit Ihnen gemeinsam erörtern.

Eine auch für psychisch Kranke wesentliche Vorschrift ist § 27 SGB V. Sie befaßt sich mit der ambulanten Krankenbehandlung (bisher Krankenpflege nach § 182 RVO). Wie bisher ist erhalten geblieben, daß die Krankenversicherung Heilmittel ebenso zur Verfügung stellen kann, wie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Bedeutsam für das Thema ist der Auftrag an die GKV-Verantwortlichen, bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V den „besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker" Rechnung zu tragen, und zwar insbesondere bei der Versorgung mit

Heilmitteln und bei der medizinischen (nicht aber bei der beruflichen oder allgemeinen sozialen) Rehabilitation. Eine Möglichkeit von Versorgungsverbesserungen, die der Bedarfslage psychisch Kranker besonders Rechnung tragen könnte, ist die Beschäftigungstherapie. Sie ist für den Bereich der Psychiatrie von der GKV bisher rechtlich und faktisch etwas restriktiv gehandhabt worden. Diese Haltung beruht möglicherweise auch auf einer einengenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (vgl. u. a. Urteil vom 18. 5. 1976 – 3 RK 53/74 –, BKK 1976 S. 217). Die Rechtsprechung hat die Beschäftigungstherapie im Rahmen der Psychiatrie eher defensiv behandelt, eher ausgegrenzt, als daß sie hier Leistungsmöglichkeiten sah. Nunmehr gibt es ein eindeutiges Wollen der GKV-Verantwortlichen, die Beschäftigungstherapie über die Haushalte der Krankenversicherungsträger auch in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker stärker zu berücksichtigen. Eine dazu notwendige Anpassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung – sie stammen vom 26. 2. 1982 – ist inzwischen veranlaßt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen in ihrer Stellungnahme zu den Empfehlungen der Expertenkommission davon aus, daß noch in diesem Jahr die Richtlinien als Basis für die Verordnungsfähigkeit entsprechender Maßnahmen verabschiedet werden. Im Zusammenhang damit ist die Krankenversicherung auch grundsätzlich bereit, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, die von ihr auch nach dem GRG nur subsidiär finanziert werden können, wie die Beschäftigungstherapie als voll verordnungsfähig auszugestalten. Über diesen Weg soll für diese Therapiearten, die meistens ineinander übergehen und von derselben Berufsgruppe angewandt werden, mögliche Zuständigkeitsprobleme im Verhältnis zum vorrangig verpflichteten Träger, beispielsweise zur Rentenversicherung, von vornherein vermieden werden. Es besteht also die Absicht, im Zuge der Neuformulierung der Richtlinien Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung als zu Kassenlasten verordnungsfähig auszuweisen.

Eine weitere Vorschrift hat sicherlich auch für psychisch Kranke entscheidende Bedeutung, nämlich der neue § 11 SGB V. Diese Regelung macht deutlich, daß Leistungen der GKV, insbesondere soweit sie zur Behandlung einer Krankheit dienen, auch eine rehabilitative Zielsetzung haben. Dies gilt aber mit der Einschränkung, daß die Krankenversicherung nur für medizinische Reha-Maßnahmen als Leistungsträger in Frage kommt, nicht aber für berufsfördernde Maßnahmen oder für Maßnahmen der allgemeinen sozialen Eingliederung, auch wenn vielleicht oder gerade diese Richtungen der Rehabilitation für psychisch Kranke eine mindestens ebenso starke Bedeutung haben, wie spezifisch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.

Was darüber hinaus für psychisch Kranke eine sehr starke Bedeutung haben wird, obwohl es noch nicht allen GKV-Verantwortlichen deutlich geworden ist, ist der Auftrag, daß die medizinischen Reha-Leistungen auch darauf ausgerichtet sein sollen und müssen, Pflegebedürftigkeit von vornherein

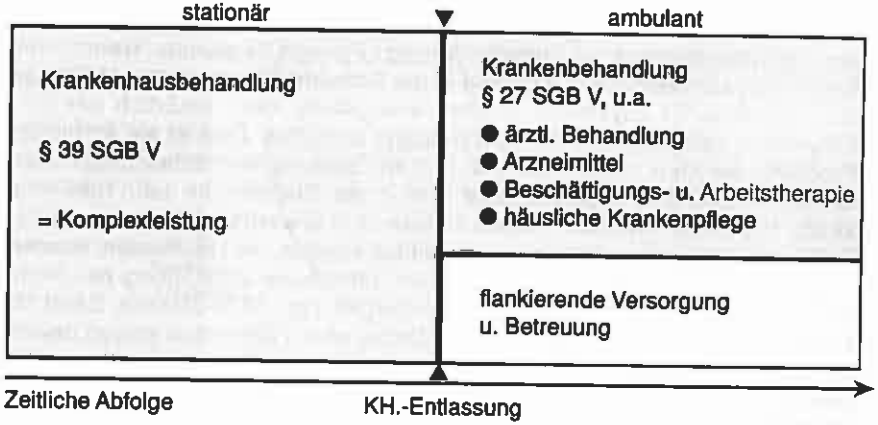
durch aktivierende Maßnahmen zu verhindern oder, wenn das nicht möglich ist, zumindest zu mindern. Ich jedenfalls habe die Hoffnung, daß über diese Schiene die gegenwärtig relativ hohe Quote der im Rahmen stationärer Versorgung als Pflegefall ausgegrenzten chronisch psychisch Kranken etwas geringer wird, indem auch diesen psychisch Kranken mehr als bisher echte Reha-Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung mit positiven Auswirkungen auf das jeweilige Zustandsbild zukommen.

Die Begründung des GRG-Entwurfs der Bundesregierung vom 29. 4. 1988 weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß bei Rehabilitationsleistungen darauf zu achten ist, daß psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichbehandelt werden (Bundesrats-Drucksache 200/88, Seite 163). Dies war schon eine Forderung der Psychiatrie-Enquête. In derselben Begründung findet sich aber auch ein deutlicher Hinweis, wo die Gleichbehandlung ihr Ende findet: „Psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, gehören allerdings weiterhin nicht zum Leistungskatalog der GKV, da sie über deren gesetzlich festgelegte Zuständigkeit hinausgehen. Dies gilt auch für berufsfördernde Maßnahmen und solche der sozialen Wiedereingliederung (vgl. auch § 42 Nr. 2)". Das heißt im Klartext, daß psychosoziale Betreuung durch Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen und andere Berufsgruppen, die keinen medizinischen Bezug haben, auch mit dem GRG prinzipiell nicht GKV-finanzierungsfähig sind. Das ist nicht unbedingt eine gute Nachricht für die Psychiatrie.

Nun bestünde die Möglichkeit, wie es durch Ansätze in bezug auf die Übergangsheime und therapeutischen Wohngemeinschaften in Berlin und in bezug auf die sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg geschehen ist, die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation der GKV zu nutzen, um derartige sozial stützenden Maßnahmen, die neben der Medizin notwendig sind, um psychisch Kranke wieder in normale Lebens- und Wohnformen zu überführen, über solche Rechtsnormen zu finanzieren. Der alte § 193 RVO ist durch § 43 SGB V ersetzt worden. Die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation sind also erhalten geblieben. In der Begründung (Bundesrats-Drucksache 200/88, Seite 180) ist klargestellt worden, daß die Vorschrift auch auf psychisch Kranke anzuwenden ist. Der weitere Text ist dabei wieder einschränkend und geht zu Lasten psychisch Kranker: „Dabei ist zu beachten, daß nur solche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen, die zu ihrem Aufgabenbereich gehören (siehe auch die Begründung zu § 11 Abs. 2). Dies soll die Einfügung von „oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung" in Nr. 2 verdeutlichen (vgl. § 29 Abs. 1 Nr. 3 SGB I). Psychosoziale Hilfen fallen deshalb nicht unter § 42." (§ 42 der Entwurfsfassung ist jetzt § 43 der verabschiedeten Fassung geworden.) Entsprechende Maßnahmen lassen sich somit nicht unter § 27 und auch nicht § 11 SGB V einordnen (§ 11 ist ohnehin keine Anspruchsnorm). Andere Rechtsnormen der GKV, nach denen solche Maßnahmen finanzierbar wären, lassen sich bis auf eine

Ausnahme, die sich auf Erprobungsregelungen bezieht und auf die ich zum Schluß eingehen werde, nicht finden. Das Ergebnis ist, daß wir nach wie vor feststellen müssen, daß die vollstationäre Akutversorgung und Rehabilitation zu Lasten der Krankenversicherung – jetzt geregelt in den §§ 39 und 40 SGB V – eine üppige Komplexleistung darstellt, wo im Grunde alles, auch die flankierende psychosoziale Betreuung neben der Anwendung medizinischer Maßnahmen, finanziert wird. Wenn aber der psychisch Kranke entlassen wird, tritt eine Zäsur ein. Dann werden die Leistungen der GKV endlich und müssen sich auf Maßnahmen der Medizin, also auf die ärztliche Versorgung, Arzneimittel, auf Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die häusliche Krankenpflege, beschränken. Aber es ist gerade im Vergleich zur Krankenhausbehandlung klar, daß diese mehr medizinisch ausgerichteten Leistungen für sich keine komplette Hilfe für (chronisch) psychisch Kranke in der nachstationären Phase darstellen können. Es bedürfte – auch zur Vermeidung von Rückfällen und erneuter stationärer Aufnahmen – eigentlich flankierender Versorgungs- und Betreuungsangebote. Diese fallen aber nicht unter die medizinische Versorgung und sind deshalb jetzt durch ausdrückliche Regelungen im GRG und nicht mehr GKV-finanzierungsfähig. Dies soll auch das Schaubild Nr. 7 verdeutlichen.

Leistungspflicht der GKV (gerastert) im Krankenhaus und im ambulanten Bereich



Wenn solche Maßnahmen weder zu Lasten der GKV, noch zu Lasten anderer Träger der Sozialversicherung finanzierungsfähig sind, dann bleibt eigentlich nur die Erkenntnis, daß hierfür der Betroffene selbst oder unterhaltspflichtige Angehörige eintreten müssen, wenn es nicht die kommunalen Träger oder aber die Sozialhilfe tun. Das heißt, ein wichtiger Bestandteil in der Versorgung psychisch Kranker bleibt eigentlich aus dem Leistungsspektrum der Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger ausgegrenzt mit der Folge, daß die Versorgung psychisch Kranker – vor allen Dingen chronisch psychisch Kranker – letztlich begrenzt und damit defizitär bleibt.

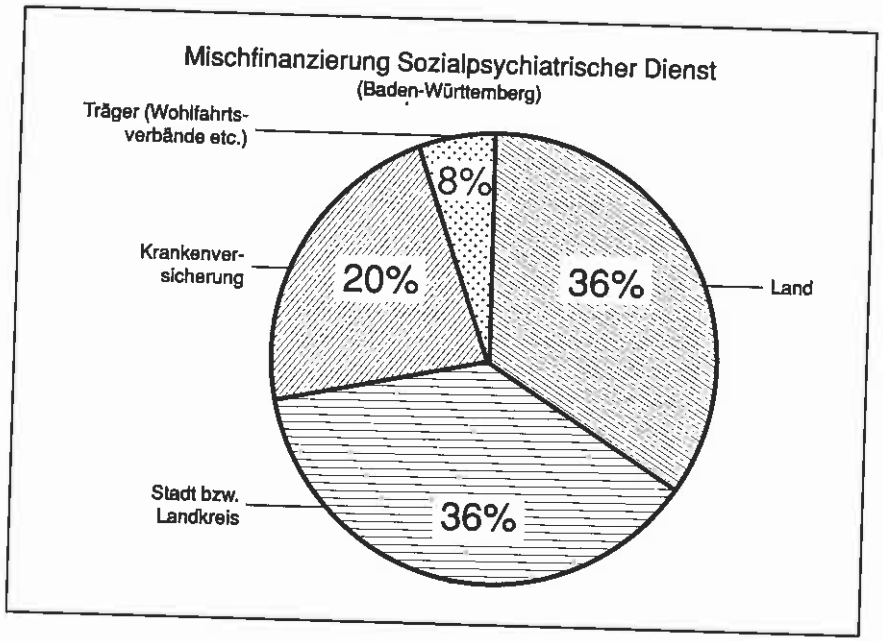
Lassen Sie mich zusammenfassen: Wenn es um die Sozialversicherung geht, kann die Krankenversicherung unter den üblichen Voraussetzungen einer zielgerichteten Behandlung medizinische Maßnahmen finanzieren, die Rentenversicherung – und das wird sich auch mit dem Rentenreformgesetz nicht ändern – ebenfalls medizinische Maßnahmen, diese aber nur stationär. Ambulante Maßnahmen werden in der Regel über die Rentenversicherung nicht finanziert. Daneben hat die Rentenversicherung – wie die Arbeitsverwaltung – die Möglichkeit berufsfördernder Maßnahmen. Und schließlich kann die Sozialhilfe als Ausfallbürge medizinische, berufsfördernde und auch allgemeine Eingliederungsmaßnahmen nach ihrem Recht erbringen, allerdings nur subsidiär. Hoffen wir aber, daß die Sozialhilfe nicht wie bisher – wenn es um die Rehabilitation psychisch Kranker geht – zum Regelfinanzier wird.

Und ein weiteres Problem bleibt natürlich nach wie vor gerade für psychisch Kranke, für chronisch psychisch Kranke bestehen, nämlich die auch nach dem Rentenreformgesetz sicherlich erhaltene Vorschrift des § 1236 RVO (§ 13 AVG) mit der Erfolgsprognose in bezug auf eine positive Beeinflussung der Erwerbsbefähigung. Daß eine Erfolgsprognose notwendig ist, wenn bisher berufstätige Versicherte zu Lasten der Rentenversicherung Versorgungsmaßnahmen erhalten sollen, ist sicherlich unstreitig. Umstritten sind jedoch hin und wieder die dafür zugrunde gelegten Maßstäbe bzw. ihre Anwendung. Letztlich ist es ein Problem der ärztlichen Gutachten, die für die Leistungsträger eine Entscheidungsgrundlage darstellen. Wenn – im Gegensatz zum somatisch Kranken – die Sozialmediziner eher restriktiv an die Prognose für psychisch Kranke herangehen, kann natürlich der Entscheid des Leistungsträgers nicht positiver ausfallen. Dies ist ein ärztliches Problem, das sich möglicherweise erst im Zuge weiterer Erfahrungen auswachsen kann. Das Ergebnis zeigt sich in der Statistik: Im Jahr 1986 sind 22 097 Frührenten (Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit) auf der Basis psychiatrischer Diagnosen bewilligt worden. 14 116 Renten wurden zugebilligt, ohne daß in den letzten fünf Jahren vor Zubilligung der Frührente eine Rehabilitation versucht worden ist (vgl. VDR-Statistik Band 75, Rentenzugänge 1986). D. h., fast zwei Drittel aller Frührenten wegen psychiatrischer Diagnosen sind ohne Reha-Versuch zugebilligt worden. Das restliche Drittel entfiel überwiegend auf den Suchtbereich. Dieses Ergebnis, das allerdings auch für somatisch Kranke nicht entscheidend besser ist, mag auch damit zusammenhängen, daß es bisher für psychisch Kranke kein spezifisches stationäres Versorgungsangebot gab, abgesehen von den Schwierigkeiten, eine umfassende Versorgung psychisch Kranker über diese (stationäre) Schiene eines erweiterten Angebotes von spezifischen Rehamaßnahmen sicherzustellen.

Wenn nun aber Krankenversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, Arbeitsverwaltung, Sozialhilfe und die Kommunen prinzipiell in der Lage und auch verpflichtet sind, für die Versorgung psychisch Kranker Mittel bereitzustellen, dann lassen sich sicherlich auch Mischfinanzierungen für

Verbundlösungen ermöglichen. Das Instrument der Mischfinanzierung ist in der Sozialversicherung allerdings nicht gerade beliebt, wird auch vom GRG-Gesetzgeber nicht gerade favorisiert. Aus Gründen der Transparenz und der Abrechnungsklarheit wird vielmehr der Weg einer einzelfallbezogenen Abrechnung geregelt. Dazu finden sich im GRG viele Hinweise. Zum Glück verbietet der GRG-Gesetzgeber aber eine Pauschalfinanzierung ebensowenig wie eine Mischfinanzierung. An einigen Stellen, wie z. B. in § 118 SGB V zur Institutsambulanz, wird sogar die Pauschalfinanzierung ausdrücklich angesprochen.

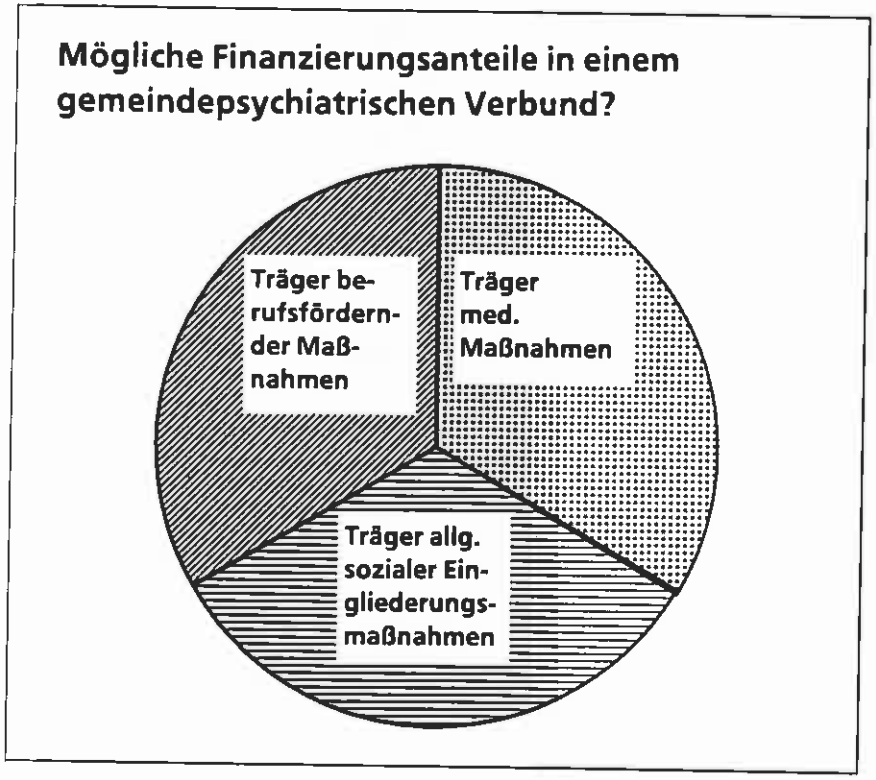
Vorbilder für eine (auch nach dem GRG mögliche) Mischfinanzierung finden wir in den Regelungen für die sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg (Schaubild 8):



Unter der Herrschaft des alten § 193 RVO (jetzt 43 SGB V) werden dort 20% der Aufwendungen von der Krankenversicherung für einen Dienst mitfinanziert, der nicht unbedingt medizinische Züge trägt, für einen Dienst, der aber wichtige Funktionen in der nachstationären Phase für chronisch psychisch Kranke ermöglicht. Die Baden-Württemberger Krankenkassen mußten sich jetzt nach dem GRG fragen lassen, wie sie denn diese auf § 193 RVO gestützte Finanzierung ab 1. 1. 1989 realisieren, nachdem die neue Vorschrift über ergänzende Leistungen (§ 43 SGB V) psychosoziale Maßnahmen zu Lasten der GKV ausdrücklich ausschließt. Man hat sich zu helfen gewußt. Die 20% werden nunmehr über die Regelung des § 20 SGB V finan-

zierbar gemacht. Diese Regelung ist überschrieben mit dem Titel „Gesundheitsförderung/Krankheitsverhütung". Hierfür war für die dortigen GKV-Verantwortlichen wohl die Überlegung maßgebend, daß es auch eine tertiäre Prävention, nämlich die Rehabilitation gibt, wenn mit Hilfe von primär- und sekundär-präventiven Maßnahmen nichts mehr geht. Das ist natürlich ein rechtlicher Kunstgriff, der nicht überall tragfähig ist, aber der zunächst einmal in Baden-Württemberg zu einer gewissen Linderung geführt hat.

Ich stelle mir vor – und das gilt tendenziell auch für die gesetzliche Krankenversicherung und wahrscheinlich für die Sozialversicherung insgesamt, daß durchaus eine Chance besteht, im Rahmen eines wie auch immer gearteten Gemeindepsychiatrischen Verbundes Möglichkeiten für eine entsprechende Finanzierung zu finden. Dann könnte eine integrierte Gesamt-Angebotsplanung realisiert werden, die sich am gesamten (und nicht nur partiellen) Versorgungsbedarf psychisch Kranker – auch unter Einschluß medizinischer Bestandteile – orientiert und auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung des jeweils vorfindlichen Versorgungsangebotes koordiniert zur Anwendung kommt. Ob das darauf hinauslaufen wird und kann, daß – wie im Schaubild 9 dargestellt – ein Drittel des Gesamtaufwandes



beispielsweise zu Lasten der Träger medizinischer Maßnahmen (das werden dann vorwiegend die Träger der GKV sein), vielleicht zu einem Drittel zu Lasten der Träger berufsfördernder Maßnahmen (zunächst vielleicht auch weniger, weil noch Zurückhaltung geübt wird) und zu einem Drittel zu Lasten der Träger allgemeiner sozlaler Eingliederungsmaßnahmen gehen wird oder ob mit anderen Quoten zu rechnen ist, vermag ich nicht zu beurteilen. Das hängt sicherlich auch davon ab, wo die Schwerpunkte der Versorgung liegen. Liegen sie entsprechend der Bedarfslage mehr im Medizinischen, wird die Quote für medizinische Maßnahmen etwas aufgebohrt werden können. So oder so wird sie aber sicherlich nicht über eine 50%ige Quotenfinanzierung zu Lasten der Träger medizinischer Maßnahmen hinauskommen. Mehr denke ich, wird gemessen am Gesamtversorgungsbedarf und an der Art der Maßnahmen, die zur Anwendung kommen, nicht realistisch sein. Dies wird auch voraussetzen – und darauf werden die Träger der GKV besonders achten, daß andere an einem Finanzierungsverbund Beteiligte dauerhaft und verpflichtend an der Finanzierung beteiligt bleiben.

Die GKV hat in der Vergangenheit z. T. schlechte Erfahrungen mit Mischfinanzierungen gemacht, weil sich andere Leistungsträger im Laufe der Zeit sukzessive, wie eben im vorangegangenen Referat auch aus Hamburg angeklungen, aus der Finanzierung in der Erwartung zurückziehen, daß die Krankenversicherung schon in die Lücke springt und letztlich alle Maßnahmen zu 100% finanziert. Wenn der Eindruck entstehen muß, daß im Grunde günstige Mischfinanzierungsquoten nur diskutiert werden, um die Krankenversicherung zunächst ins Finanzierungs-Boot zu ziehen, damit aber die Erwartung verbunden wird, daß die Krankenversicherung mittel- oder langfristig alles finanziert, wird es in der Bereitschaft der Krankenversicherung und auch der anderen Träger der Sozialversicherung Schwierigkeiten geben, sich an solchen Verbünden mit Mischfinanzierungsregelungen zu beteiligen.

Die Expertenkommission hat in ihren Empfehlungen zum Gemeindepsychiatrischen Verbund selbst darauf hingewiesen, daß die Darlegungen mangels eindeutiger (empirischer) Grundlagen eher den Charakter einer idealtypischen Modellrechnung auf der Basis ausgewählter und nach Expertenurteil gut arbeitender Einrichtungen und Dienste sowie gut ausgestalteter Regionen aufweisen. Der Verbund ist nicht erprobt. Das GRG hat der GKV in § 67 SGB V die Möglichkeit beschert, Erprobungsregelungen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation vorzusehen. Ich denke, daß diese Vorschrift genutzt werden sollte, um die Möglichkeiten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes unter nachhaltiger – auch finanzieller – Beteiligung der GKV zu erproben. Entsprechende Überlegungen, die sich bereits in der Konzeptionsphase befinden, werden u. a. in Gütersloh angestellt.

4. Weitere Empfehlungen der Expertenkommission

In Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit will ich Ihnen und mir ersparen, zu anderen Empfehlungen der Expertenkommission, z. B. zur Gerontopsychiatrie mit Überlegungen für ein geronto-psychiatrisches Zentrum, zur Kinder- und Jugendpsychiatrie oder zur Sucht-Therapie etwas zu sagen. Diese Bereiche sollten ohnehin nicht im Vordergrund meines Beitrages stehen. Damit will ich meine Ausführungen beenden und mich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken.

Kooperationsbeziehungen und Finanzierunsformen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Offenbach

M. Bauer u. H. Berger

1. Einleitung

1981, vor 9 Jahren also, war die Stadt Offenbach ein fast weißer Fleck auf der psychiatrischen Landkarte. Außer vier niedergelassenen Nervenfachärzten und der Beschlußlage des Magistrats, eine Psychiatrische Klinik am Stadtkrankenhaus einzurichten, gab es nichts, was den Namen „gemeindepsychiatrische Versorgung" verdient hätte (Abb. 1).

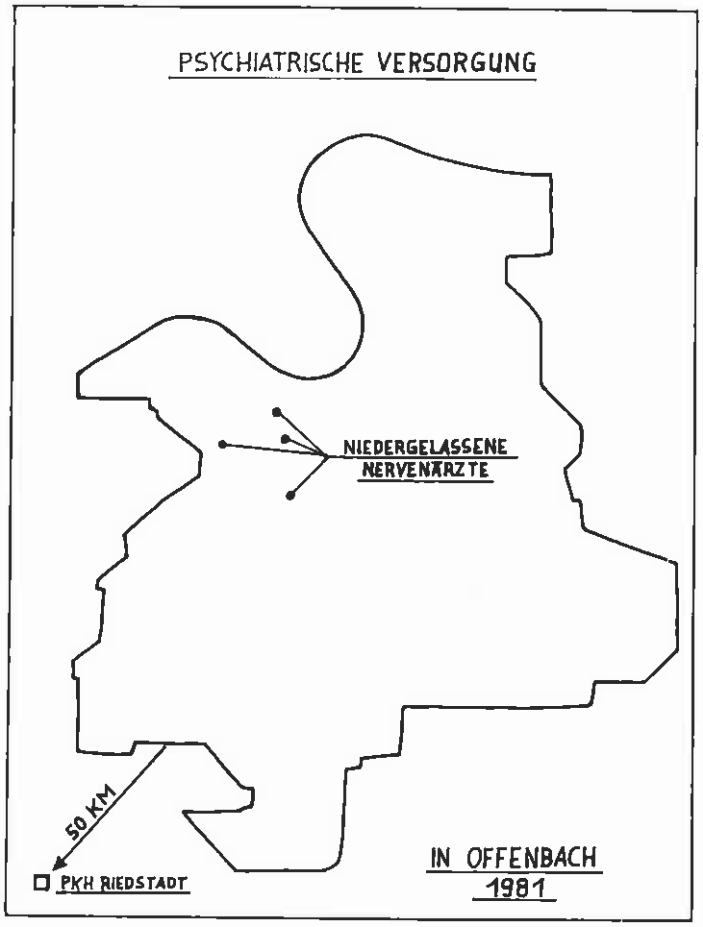


Abb. 1: Psychiatrische Versorgung in Offenbach vor 1981

Die stationäre Versorgung wurde bisher im wesentlichen von den 50 bis 100 km von Offenbach entfernt liegenden Psychiatrischen Krankenhäusern Riedstadt und Hadamar übernommen, in denen zumindest alle schwierigen, chronischen und vor allem die gegen ihren Willen dorthin verbrachten, die zwangseingewiesenen Patienten also, behandelt wurden. Eine von uns vor Eröffnung der Abteilung durchgeführte Erhebung in 10 weiteren Psychiatrischen Fachkrankenhäusern Hessens sowie in den beiden Allgemeinkrankenhäusern Offenbachs zeigte freilich, daß ca. 15% aller psychiatrischen Patienten nicht in den beiden „zuständigen" PKH sondern in 7 weiteren, zum Teil noch sehr viel entfernter liegenden Fachkrankenhäusern Aufnahme fanden, darüber hinaus die internistischen und chirurgischen Abteilungen des Stadtkrankenhauses und des Kettelerkrankenhauses in Offenbach eine nicht unbeträchtliche Anzahl psychiatrischer Krisenfälle zu bewältigen hatten (Abb. 2).

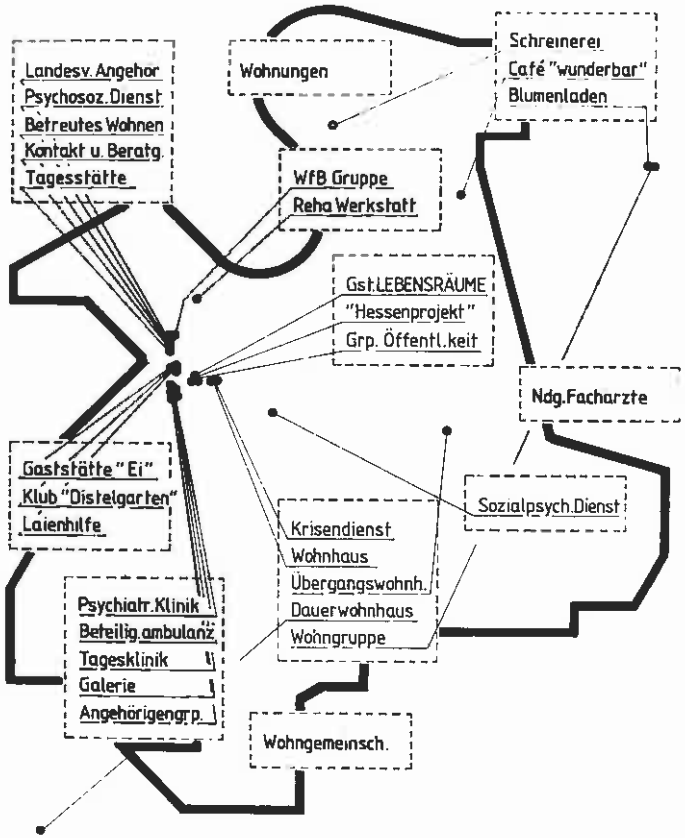


Abb. 2: Psychiatrische Versorgung in Offenbach jetzt

Inzwischen hat sich das Bild völlig gewandelt. Die Stadt verfügt über eine einigermaßen ausgereifte psychiatrische Infrastruktur, deren einzelne Bestandteile hier nur dem Namen nach erwähnt werden sollen. Neben einer psychiatrischen Abteilung mit 80 Betten und einer Tagesklinik mit 20 Plätzen sind dies eine Werkstatt für Behinderte mit derzeit 70 Arbeitsplätzen, ein Sozialpsychiatrischer Dienst am Stadtgesundheitsamt, vier beschützende Wohneinrichtungen mit insgesamt 44 Plätzen, drei Selbsthilfefirmen, zwei Freizeittreffs, eine Tagesstätte mit 30 Plätzen sowie ein psychosoziales Zentrum mit den Funktionsbereichen „Kontakt und Beratung", aufsuchend-ambulanter Dienst und begleitende Hilfen im Arbeitsleben. Diese eng miteinander verknüpften Dienste gewährleisten, wie wir meinen, inzwischen den Offenbachern eine einigermaßen angemessene Versorgung innerhalb der Gemeindegrenzen. Dies gilt insbesondere für die sog. chronischen Patienten, die mehrheitlich den komplementären Bereich nutzen, es gilt aber auch für all diejenigen, die in mehr oder weniger akuten Krisen und mehr oder weniger freiwillig oder auch mit Zwang die Hilfen der Klinik in Anspruch nehmen müssen.

Wir haben in unserer Monographie „Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand" ausführlich über den derzeitigen Entwicklungsstand des Offenbacher Versorgungssystems berichtet, so daß an dieser Stelle der Hinweis auf die Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung lediglich mit zwei Abbildungen illustriert werden soll.

Abb. 3 zeigt, daß mittlerweile weit über 94% der Offenbacher Patienten in der Psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses behandelt werden,

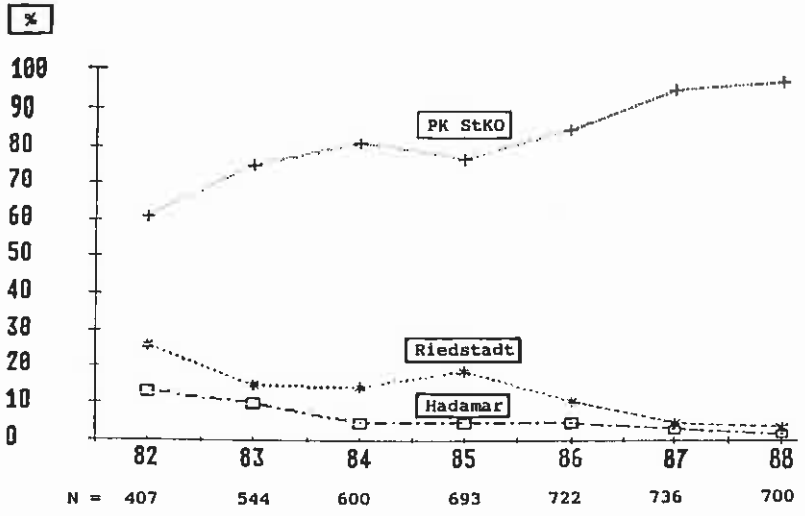


Abb. 3: Prozentuale Verteilung aller Offenbacher Sektoraufnahmen in den Kliniken PK StKO/Riedstadt/Hadamar 1982–1988

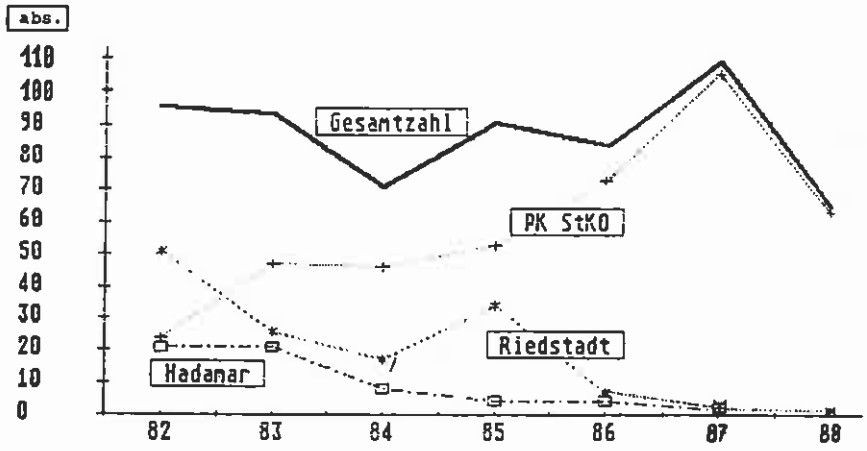


Abb. 4: Offenbacher Sektorpatienten/Einweisungen nach dem HFEG in PK StKO/Riedstadt/Hadamar 1982–1988

prozentual mehr als dies üblicherweise in Psychiatrischen Krankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung der Fall ist.

Abb. 4 belegt die tatsächliche Übernahme der Versorgungsverpflichtung noch eindrucksvoller. Zwangseingewiesene bzw. unter Vormundschaft/Pflegschaft stehende Patienten werden seit 1987 zu praktisch 100% in Offenbach selbst behandelt.

Doch nicht von nackten Zahlen und langweiligen Statistiken soll im Folgenden die Rede sein, freilich auch nicht davon „how the machine goes" – würde dies doch bedeuten, aus dem Nähkästchen und vom Eingemachten zu plaudern, was man bekanntlich besser bei einer Flasche Wein als in einem Wissenschaftszentrum tut. Kooperationsbeziehungen und Finanzierungsformen also sind gefragt, und dazu wollen wir am Beispiel Offenbach einiges sagen.

2. *Kooperation und Vernetzung der Dienste*

Die Vernetzung der heute bestehenden Dienste ist eng verwoben mit deren Entstehungsgeschichte. Ausgangspunkt der Entwicklung war das von einem der Referenten (MB) im Jahre 1979 vorgelegte Konzept, demgemäß in Offenbach eine Psychiatrische Klinik, eine Tagesklinik, ein Sozialpsychiatrischer Dienst, eine Werkstatt für psychisch Kranke und ein Übergangswohnheim geschaffen werden sollten. Nachdem der Magistrat beschlossen hatte, die Psychiatrische Klinik, die Tagesklinik und den Sozialpsychiatrischen Dienst in eigener Trägerschaft zu betreiben, wurde von zukünftigen Mitarbeitern der Klinik zusammen mit einem kleinen Kreis engagierter Bürger im

Jahre 1980 ein psychiatrischer Hilfsverein gegründet. Sein ursprünglicher Name „Offenbacher Verein zur Hilfe seelisch Behinderter e. V." läßt noch erkennen, daß wir zunächst nichts anderes im Sinn hatten, als einen Trägerverein für das von uns geplante Übergangswohnheim zur Hand zu haben, einen Verein also, den es vom Typ her in diesen Jahren schon zuhauf gab.

Nicht ohne unser Zutun, aber letztlich doch für uns überraschend, entwickelte sich dieser Verein zu einem dynamischen Instrument der psychiatrischen Entwicklung vor Ort, der Zug um Zug all diejenigen Felder besetzte, die Andere noch nicht eingenommen hatten. Alleiniges Ziel war jetzt nicht mehr, ein Übergangswohnheim zu betreiben, sondern sich in all jene gesellschaftlichen Nischen hineinzubegeben, all jene „Lebensräume" zu erschließen, ohne die eine Psychiatrische Klinik, und sei sie im Inneren noch so gut strukturiert und funktionsfähig, ein von der Gesellschaft selbst abgekapselter Torso bleiben muß.

Neben der Stadt selbst und dem Verein „Lebensräume" gibt es in Offenbach als dritten Träger der psychiatrischen Versorgung nur noch die Arbeiterwohlfahrt, die schon seit langem eine große Werkstatt für geistig Behinderte betrieb und mit ihrem Know-how auf diesem Gebiet problemlos die neue Werkstatt für psychisch Kranke übernahm. Mit dieser Aufgabenverteilung auf nur drei Trägerorganisationen war der entscheidende Grundstein gelegt für die Netzwerkstruktur der psychiatrischen Dienste in Offenbach, die vor allem durch drei Charakteristika gekennzeichnet ist.

1. Das Interesse der Träger ist ausschließlich auf die psychiatrische Versorgung der *Gemeinde* gerichtet. Bei der Stadt versteht sich dies von selbst. Der Stadt-Kreis-Verband der Arbeiterwohlfahrt sah sich schon immer der Fürsorge für die Mitglieder der Gemeinde verpflichtet. Der Verein „Lebensräume" wurde eigens für den Zweck der kommunalen Versorgung gegründet.
2. Die Träger sind durch personelle Überkreuzverflechtungen und an der einen oder anderen Stelle auch in Personalunion eng miteinander verbunden. Die SPD-getragene Arbeiterwohlfahrt traditionell mit den politischen Entscheidungsträgern der Stadt, was sich z. B. darin manifestiert, daß der frühere Sozial- und Gesundheitsdezernent nach seinem Ausscheiden aus den politischen Ämtern den Vorsitz der Arbeiterwohlfahrt übernahm.

   Die Klinik selbst nimmt sowohl direkten als auch in vielfacher Weise indirekten Einfluß auf alle psychiatrischen Entwicklungen der Stadt. Direkt, in dem z. B. der erste Oberarzt der Klinik gleichzeitig Vorsitzender des Vereins „Lebensräume" ist, indirekt insofern, als in Offenbach kaum eine öffentliche Veranstaltung von Belang über die Bühne geht, bei der nicht auch Repräsentanten der Psychiatrischen Klinik zu finden wären. Wer solche Zusammenkünfte kennt, weiß, daß dabei der Boden bereitet wird für Entscheidungen, die mit dem Anlaß nur noch wenig oder gar nichts zu tun haben.

3. Die von Anfang an bestehende enge Einbindung der Angehörigen (über deren Mitarbeit im Verein und als Laienhelfer in der Klinik) in die Entscheidungsprozesse. Gerade ihre Perspektive war für uns „Macher" eine oftmals hilfreiche Korrektur, die durch nichts anderes hätte ersetzt werden können.

Anhand einer weiteren Abbildung wollen wir zumindest den sichtbar zu machenden Teil der Offenbacher Vernetzung veranschaulichen (Abb. 5).

Schon gesagt wurde, daß der Vorsitzende des Vereins „Lebensräume" und damit zugleich Arbeitergeber von 47 festangestellten Vereinsmitarbeitern in der Klinik Oberarztfunktionen wahrnimmt. Dies erleichtert auf der konkreten Alltagsebene z. B. die Entscheidung darüber, ob und ggf. wann ein noch stationärer Patient in den Bereich betreutes Wohnen übersiedeln kann.

Ein weiterer oberärztlicher Kollege der Klinik ist im bezahlten Nebenamt Heimarzt sowie der Supervisor der ebenfalls in Trägerschaft des Vereins „Lebensräume" betriebenen Tagesstätte. Darüber hinaus ist er Betriebsarzt der Werkstatt für geistig Behinderte der Arbeiterwohlfahrt. Der dritte oberärztliche Kollege der Klinik ist Betriebsarzt der Werkstatt für psychisch Kranke, wofür er selbstverständlich ebenfalls honoriert wird. Der Klinikleiter schließlich supervisiert den Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt, in dem eine von der Klinik abgeordnete Fachärztin tätig ist, die ihrerseits problemlos Zugang hat zu allen klinischen und außerklinischen Bereichen.

Dem Vorstand des Vereins „Lebensräume" gehören neben dem schon erwähnten Oberarzt der Klinik ein Vertreter der Angehörigen sowie zwei Juristen an, von denen einer zugleich Geschäftsführer des Vereins, der andere Anwalt ist.

Um den Verein auch für die Öffentlichkeit präsentabel zu machen, hat er sich mit Bedacht einen Beirat zugelegt. Neben dem ehemaligen Oberbürgermeister und früheren Bundestagsabgeordneten der Stadt Offenbach ist dort der noch amtierende Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke, der Direktor der Hausbank des Vereins und der Leiter der Psychiatrischen Klinik vertreten und sie versuchen ihr Bestes, Psychiatrie in der Öffentlichkeit zu verkaufen und gleichzeitig darauf zu sehen, daß die Finanzen stimmen. Daß dies der Fall ist, mag man daraus ersehen, daß der Verein im vergangenen Jahr in unmittelbarer Nachbarschaft der Klinik ein Mehrfamilienhaus für ca. 2 Millionen D-Mark käuflich erworben hat, die Tagesstätte von 20 auf 30 Plätze erweitern konnte, gerade eben ein psychosoziales Zentrum eingerichtet hat, neuerdings eine Cafeteria in einem Altenheim betreibt, im vergangenen Monat durch ein von der Hausbank gesponsertes Symphoniekonzert DM 5500,– und durch ein von der Stammkneipe organisiertes Benefiz-Essen DM 3000,– einnahm. Nicht unwichtig dabei zu erwähnen, daß bei letzterem der Bankdirektor hinter dem Tresen stand und der Vizepräsident des Amtsgerichts Offenbach in der Küche jene Gerichte herstellte, die der Klinikleiter unter Assistenz einer Lokalreporterin schließlich servierte, die ihrerseits

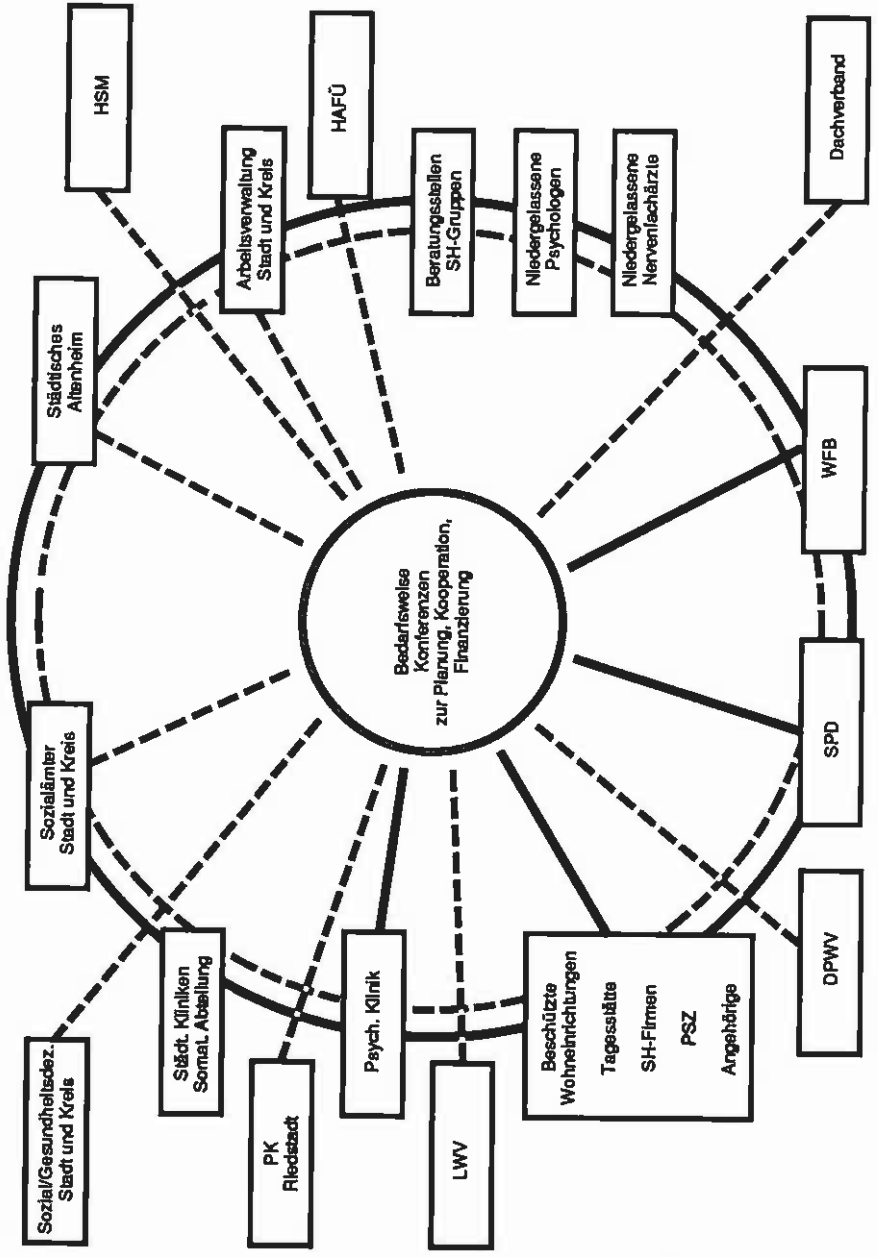


Abb. 5: Vernetzung der Offenbacher Dienste

dieses Ereignis zum wiederholten Mal zum Anlaß nahm, über die Offenbacher Psychiatrie zu berichten. Dies fiel ihr deswegen nicht sonderlich schwer, weil die Offenbacher Post als Lokalzeitung die letztjährige Weihnachtsaktion ihrer Leserschaft zugunsten des Vereins „Lebensräume" veranstaltete, was damals runde DM 50 000,– in die Kasse brachte.

Dieser impressionistische Exkurs in das Offenbacher Netzwerk mag vordergründig mit dem uns aufgegebenen Thema wenig zu tun haben. Es ließe sich allerdings auch die Frage stellen, ob die psychiatrischen Reformbemühungen hierzulande nicht auch deswegen so zögerlich vorankommen, weil wir Psychiater es weniger gut als andere Berufsgruppen gelernt haben, die in einer Kommune vorhandenen Kommunikationsstrukturen zu nutzen, sie wenn möglich auszubauen und in einer für unsere Zwecke geeigneten Form der psychiatrischen Sache dienstbar zu machen. Kommunale Psychiatrie ist so betrachtet ein Teil der politischen Gemeinde selbst, sie ist den öffentlichen Blicken und der Kritik an ihrem Tun, aber auch ihrer Förderung in gleicher Weise ausgesetzt wie alle anderen öffentlichen Veranstaltungen auch.

Doch wieder zurück zum eigentlichen Thema. Über die beschriebenen kooperativen Beziehungen hinaus war und ist ein wesentliches Anliegen die enge Verbindung zu Haus- und Nervenärzten sowie allen übrigen psychosozialen Einrichtungen der Stadt. So gibt es selbstverständlich eine enge Zusammenarbeit zwischen den komplementären Einrichtungen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Werkstatt für Behinderte in Form regelmäßiger Fallbesprechung und gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen, im übrigen eine conditio sine qua non für die Betreuung chronisch Kranker in der Gemeinde. Darüber hinaus bestehen in größeren Abständen Gesprächsrunden mit dem Sozial- und dem Arbeitsamt. Zu dem Städtischen Altersheim ist die Verbindung geknüpft über den dort tätigen Heimarzt, der sich in Fachfragen jederzeit mit der Klinik und dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Verbindung setzen kann. Ferner stehen die Gruppenleiter der Selbsthilfegruppen in kontinuierlichem Kontakt mit den Beratungsstellen und Fachkliniken zur Abstimmung der Betreuungsstrategien für Suchtkranke.

Stehen strukturelle Entscheidungen an, die für alle Beteiligten von Belang sind, wie z. B. die Erweiterung des Wohnheimes oder die zur Zeit diskutierte Einrichtung einer Suchtstation in der Klinik, werden institutionsübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, die gelegentlich in Vollversammlungen münden, die zwar nicht beschlußfassend sind (dies bleibt der Klinikleitung und den jeweiligen Vorständen vorbehalten), wohl aber meinungsbildend wirken. So gab es in Offenbach noch keine wirklich wichtige Konzeptdiskussion, die ohne die Voten der unmittelbar beteiligten Mitarbeiter, der Angehörigen und sonst ehrenamtlich Tätigen geführt worden wäre. Ein im Alltag sicher mühsames, im Ziel aber sich auszahlendes Prozedere.

Schließlich veranstaltet die Klinik in regelmäßigen Abständen mit niedergelassenen Nervenärzten gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen. Die Kooperation zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft, der Klinik und den mit ihr zusammenarbeitenden Diensten und Einrichtungen ist durchweg gut. Weiterhin wird großer Wert gelegt auf gute Beziehung zum Offenbacher Amtsgericht, z. B. durch bevorzugte Erledigung der Gutachtenaufträge, was sich in einer nennenswerten Summe an Bußgeldern niederschlägt. Eine Vielzahl der Vereinsaktivitäten lebt hiervon.

Neben diese eng verzahnte und durch Personalunion vielfach miteinander verflochtene Kooperation auf der Ebene alltäglicher Arbeitsabläufe tritt die unter Federführung des Gesundheitsamtes und unter Vorsitz des jeweiligen Sozial-Dezernenten tagende Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, in der alle Einrichtungen der Stadt und des Kreises Offenbach seit 1980 etwa vierteljährlich zusammentreffen und aus der heraus nach und nach Arbeitsgruppen zu Sonderthemen wie Suizidprophylaxe, Rehabilitation, psychotherapeutische Versorgung und andere mehr entstanden sind. Ein erstes Arbeitsergebnis war die Herausgabe eines „Psychosozialen Wegweisers" durch die in Stadt und Kreis Offenbach existierenden 57 ambulanten Facheinrichtungen, ein nächstes der Rahmenplan zur weiteren psychiatrischen Entwicklung in Stadt und Kreis Offenbach, der von den jeweiligen Parlamenten nicht nur diskutiert, sondern aus dem die eine oder andere Empfehlung auch zu kontroversen Debatten geführt hat. Auch wenn aufgrund dieses Planes bisher noch nichts Greifbares herausgekommen ist, die psychiatrische Frage in der Diskussion zu halten hat er allemal erreicht.

Unter dem Stichwort Kooperationsbeziehungen läßt sich der erste Teil unserer Ausführungen vielleicht wie folgt zusammenfassen:

Die triadische Trägerstruktur Stadt – Arbeiterwohlfahrt – Lebensräume hat sich außerordentlich gut bewährt. Dies scheint nicht zuletzt damit zusammenzuhängen, daß die Aufgabenfelder der beiden erstgenannten Träger von Anfang an klar abgegrenzt waren und die Arbeiterwohlfahrt über den Bereich beschütztes Arbeiten im psychiatrischen Feld keine weiteren Interessen geltend machte. Dies ließ dem dritten Träger, unserem eigenen sozusagen, viel Spielraum, die strategischen Positionen so frühzeitig zu besetzen, daß andere große Trägerorganisationen erst gar nicht auf den Gedanken kamen, es könnte auch für sie noch etwas zu holen sein. Als sie schließlich auf den Geschmack kamen, war der Kuchen bereits verteilt.

Mindestens so wichtig wie formalisierte Kooperationsbeziehungen sind unseren Erfahrungen nach die informellen Kontakte. Ein schnelles Bier am Journalisten-Stammtisch, ein Tennis-Match mit dem CDU-Vorsitzenden, die Verabschiedung oder Amtseinführung des Geschäftsführers der IHK, der 50. Geburtstag eines oberen AOK-Vertreters oder des Polizeipräsidenten, eine Podiumsdiskussion nicht nur in der Vorwahlzeit und schließlich die Pflege exclusiver Beziehungen zu exclusiven Angehörigen psychisch Kranker sind jene Schmiermittel, ohne die alle Konzepte noch so hochkarätiger Expertenkommissionen zur lokalen Makulatur degenerieren müssen.

3. *Finanzierungsformen*

Der Beschluß des Stadtparlamentes, eine Psychiatrische Klinik und eine Tagesklinik zu errichten, implizierte die Bereitstellung entsprechender investiver Mittel auf Seiten des Landes sowie dessen Bereitschaft, die Klinik in den Bettenbedarfsplan aufzunehmen. Dies war zum Zeitpunkt der kommunalen Entscheidung deswegen kein sonderliches Problem, weil

1. der damalige Hessische Sozialminister aus Offenbach stammte, er
2. einen jetzt in unserer Betreuung befindlichen psychisch kranken Sohn hatte und
3. die Offenbacher sich gerade eben ein funkelnagelneues Krankenhaus zur Maximalversorgung geleistet hatten und die von den großen Kliniken verlassenen Altbauten neu genutzt werden mußten.

Klinik samt Tagesklinik kosteten daher keine 6 Millionen D-Mark, die laufenden Kosten liegen bei den Krankenkassen.

Die Errichtung einer Zweigstelle der bestehenden Werkstatt für Behinderte stellte die Arbeiterwohlfahrt ebenfalls nicht vor sonderliche Probleme. Die Räume wurden angemietet, die laufenden Kosten vom LWV und vom Arbeitsamt übernommen.

Schwieriger gestalteten sich hingegen die Verhältnisse in den Bereichen beschütztes Wohnen, besondere Hilfen zur Tagesstrukturierung, Betreuung am Arbeitsplatz sowie in der Freizeitgestaltung (Abb. 6).

Begonnen haben wir, wie fast alle Vereine dieser Art, mit dem unter finanztechnischen Gesichtspunkten vergleichsweise einfachen Wohnheim. DM 100000,– aus dem kleinen Modellverbund des BMJFFG reichten für seine Einrichtung zunächst aus, der laufende Unterhalt wird über ein mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen vereinbarten Pflegesatz von jetzt DM 76,– bestritten. Dieser bewegt sich damit im mittleren Bereich vergleichbarer Einrichtungen in Hessen, der erklärten Absicht des Trägers folgend, den Einstieg in die Kooperation mit dem LWV nicht durch unrealistische Forderungen zu erschweren. Die investiven Mittel für die später hinzugekommenen kleineren Wohneinheiten wurden in zahlreichen Verhandlungen aus verschiedenen Töpfen gespeist. Hier galt, daß kleinere Einrichtungen mit bis zu 8 Plätzen bedarfsangemessener sind als größere Heime und in den hierfür erforderlichen Größenordnungen öffentliche Zuschüsse leichter zu erlangen waren. Letztlich war für die Realisierung des jetzt bestehenden Spektrums unterschiedlich beschützter Wohnplätze die Vereinbarung entscheidend, daß der LWV alle dargestellten Einrichtungen als ein geschlossenes Ganzes bewertet, gewissermaßen als ein Wohnheim mit 44 Plätzen unter einem Dach. Hierdurch war der Trägerverein in der Lage, aufgrund der bestehenden Pflegesatzrichtlinien einen angemessenen Personalschlüssel im Betreuungs- und Verwaltungsbereich zu realisieren und die personellen Ressourcen dort zu konzentrieren, wo sie tatsächlich erforderlich waren.

Trägerschaft und Finanzierung der psychiatrischen Dienste in Offenbach

Einrichtung	Träger	Finanzierung	
		investive Mittel	laufende Kosten
Psychiatrische Klinik Tagesklinik	Stadt Offenbach	Stadt Offenbach, Land Hessen	Pflegesatz der Krankenkasse
Sozialpsychiatrischer Dienst	Stadt Offenbach	Stadt Offenbach	Stadt Offenbach
Beschützende Wohneinrichtungen	Lebensräume e.V.	BMJFFG 100% (WHI) BMA 30%; Hafü 23%; LWV 4% Stiftung Hilfswerk 20%; HSM 13%; Eigenmittel 10%	Pflegesatz des LWV
Tagesstätte	Lebensräume e.V.	Aktion Sorgenkind 57%; Darlehen 29%; Vermleter 7%; Elgenmittel 7%	Pauschalierter Pflegesatz LWV 56%; Stadt 29%; Kreis 15%
Psychosoziales Zentrum	Lebensräume e.V.	DPWV 75%; Eigenmittel 25%	siehe Diapositiv 7
Selbsthilfefirmen	Lebensräume e.V.	Hafü 46%; Gesellschafter 39%; Eigenmittel 15%	Eigene Erträge
Öffentlichkeitsarbeit, Angehörigenarbeit	Lebensräume	–	Freistellungen, Spenden, Mitgliedsbeiträge
Geschäftsstelle	Lebensräume e.V.	Eigenmittel 100%	Anteilmäßige Finanzierung aus den Pflegesätzen der einzelnen Einrichtungen
Werkstatt für psychisch Kranke	AWO	Land Hessen, Stadt und Kreis Offenbach, BMA	Pflegesätze des LWV; eigene Erträge

Abb. 6: Trägerschaft und Finanzierung der einzelnen Dienste

Die Tagesstätte wurde mit Mitteln der Aktion Sorgenkind und Eigenmitteln eingerichtet. Hierfür mußten aber auch wie für die anderen Projekte des Vereins „Muskelhypotheken" der Mitarbeiter und Vereinsmitglieder herhalten. Die laufenden Kosten werden aufgrund einer vorläufigen Vereinbarung von den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam in Form eines pauschalierten Pflegesatzes bestritten.

Ein zunächst als Pilotstudie vom Hessischen Sozialministerium finanziertes Projekt „begleitende Hilfen im Arbeitsleben" ist inzwischen über den § 31 des Schwerbehindertengesetzes in die Regelfinanzierung durch die Hauptfürsorgestelle gelangt, die dem Verein „Lebensräume" die entsprechenden Aufgaben bei einem Schlüssel von 1 : 20 delegierte. (Abb. 7).

Finanzierung der laufenden Kosten des Psychosozialen Zentrums

Finanzierung		Funktionseinheiten	Anteil der Gesamtfinanzierung des Psychosozialen Zentrums
HSM	26%	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle	35%
LWV	11%		
Kreis	14%		
Stadt	28%		
Eigenmittel	15%		
Sonstiges	6%		
Hafü	100%	Begleitende Hilfen im Arbeitsleben	25%
LWV	100%	Betreutes Wohnen	22%
HSM	75%	Beratung anderer Träger in Hessen	18%
Eigenmittel	25%		
			100%

Abb. 7: Finanzierung des Psychosozialen Zentrums

Diese drei zuletzt genannten Funktionsbereiche „betreutes Wohnen, begleitende Hilfen im Arbeitsleben und Tagesstätte" wurden schließlich um eine psychosoziale Beratungsstelle erweitert und organisatorisch in einem psychosozialen Zentrum zusammengefaßt, das im Grunde nichts anderes darstellt als den von der Expertenkommission empfohlenen gemeindepsychiatrischen Verbund. Entsprechend der Vielfalt der Aufgaben teilen sich die laufenden Kosten das Hessische Sozialministerium (über die Förderung der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle), der Landeswohlfahrtsverband (über den Begegnungsbereich der Tagesstätte), die Stadt und der Kreis Offenbach (über die Einzelfallhilfe gemäß BSHG) sowie die Hauptfürsorgestelle (über die begleitenden Hilfen am Arbeitsplatz).

Die Selbsthilfefirmen (Schreinerei, Blumenladen, Cafeteria) und das Patientencafé wurden überwiegend durch Eigenmittel des Vereins und nur zu einem kleineren Teil durch Sonderzuschüsse des Landes, der Kommunen und der Hauptfürsorgestelle verwirklicht. Diese Einrichtungen tragen sich teils auch durch Lohnkostenbezuschussung der örtlichen Arbeitsverwaltung und des Sozialamtes im großen und ganzen selbst.

Alle übrigen Aktivitäten des Vereins, die vornehmlich in Form von Benefizkonzerten, Kunstausstellungen, Sportveranstaltungen und Vorträgen der Öffentlichkeitsarbeit dienen, werden aus Eigenmitteln bestritten. Gleichwohl ist dies kein Zuschußgeschäft, dienen solche Veranstaltungen doch dem Ziel, gewissermaßen mit der Wurst nach dem Schinken zu werfen. Bis dato ging diese Rechnung auf, die Spendenerträge überstiegen den finanziellen Aufwand für diese Veranstaltungen um ein Mehrfaches. Ein erfreulicher Nebenaspekt dieser Öffentlichkeitsarbeit ist, daß in jüngster Zeit Benefizveranstaltungen von anderen Institutionen an den Verein herangetragen werden als Zeichen der zunehmenden Akzeptanz psychiatrischer Versorgungseinrichtungen in Offenbach. Jenseits dieser prima vista profanen Absicht der Geldbeschaffung dient die Öffentlichkeitsarbeit aber vor allem dem Ziel, das Interesse der Gemeinde wach zu halten und neue Verbindungen zu knüpfen. Letztlich mit der Absicht, die psychiatrische Versorgung als festen Bestandteil des Gemeindelebens zu verankern, so selbstverständlich wie Schulen, Krankenhäuser und der Supermarkt um die Ecke.

Wir kommen zum Schluß.

Vor dem Hintergrund der Empfehlungen der Expertenkommission lassen die Offenbacher Erfahrungen sich zu einigen wenigen Aussagen von allgemeiner Bedeutung zusammenfassen.

1. Eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus mit einer Bettenmeßziffer von ca. 0,5 Betten auf 1000 Einwohner ist in der Lage, die stationäre Versorgung psychisch Kranker zu garantieren, ohne auf ein psychiatrisches Krankenhaus bisherigen Zuschnitts zurückgreifen zu müssen.

   Die beiden diesbezüglichen Empfehlungen der Expertenkommission, die Psychiatrie in die allgemeine Medizin zu integrieren und dabei das Konzept der Einstufigkeit der Versorgung nicht aufzugeben sind, wie das Beispiel Offenbach zeigt, keineswegs psychiatrisches Wunschdenken, sondern – und dies nicht nur in Offenbach – praktizierte Wirklichkeit, zugegebenermaßen noch allzu selten in dieser Republik.

2. Ein derartiges Konzept läßt sich nur dann realisieren, wenn es gelingt, im außerklinischen Bereich eine Entwicklung in Gang zu setzen, die schwerpunktmäßig die angemessene Versorgung chronisch psychisch Kranker zum Ziel hat.

3. Dies bedeutet, ganz im Sinne der Empfehlungen der Expertenkommission, komplementäre und ambulante Dienste auf den Achsen Wohnen,

Arbeiten, tagesstrukturierende Maßnahmen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vorzuhalten, die in ihrer Gesamtheit geeignet sind, stationäre Aufnahmen zu vermeiden, ihre Dauer abzukürzen und im Bewußtsein der Patienten, ihrer Angehörigen und der klinischen Mitarbeiter die bessere Alternative zu einer bettenzentrierten Behandlung zu sein.

4. Dies gelingt nach unseren Erfahrungen dann am ehesten, wenn nur wenige Träger an der außerklinischen Versorgung beteiligt sind und zudem eine enge, auch personell enge Verflechtung zu dem klinischen Bereich gewährleistet ist. Dies wiederum setzt nicht nur formalisierte und gegebenenfalls kommunal überwachte und gesteuerte Kooperationsbeziehungen, sondern eine Vielzahl informeller Kontakte und gezielte Öffentlichkeitsarbeit voraus, deren kontinuierliche Pflege unabdingbar ist. Insofern ist Gemeindepsychiatrie auch psychiatrisch durchtränkte Kommunalpolitik.

5. Trotz der dem Grunde nach berechtigten Forderung, an der Finanzierung des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes" auch die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zu beteiligen, läßt sich ein derartiges Konzept auch ohne diese Kostenträger im Sinne einer Mischfinanzierung zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern und der politischen Gebietskörperschaft realisieren. Gesetzlich garantierte Landeszuschüsse und ggf. auch Eigenmittel des Trägers sind selbstverständlich hilfreich, aber keine conditio sine qua non.

6. Schließlich wollen wir als pragmatische Hessen nicht den tragisch-weltflüchtigen, an sich selbst verzweifelnden Hölderlin, sondern, wenn schon, seinen Zeitgenossen, unseren eigenen, kräftig-deftigen Offenbach-Frankfurter Landsmann zu Worte kommen lassen mit dem Ihnen allen bekannten Vers:

„Geschrieben steht: „Im Anfang war das *Wort*!"
Hier stock ich schon! Wer hilft mir weiter fort?
Ich kann das *Wort* so hoch unmöglich schätzen,
Ich muß es anders übersetzen,
Wenn ich vom Geiste recht erleuchtet bin.
Geschrieben steht: Im Anfang war der *Sinn*.
(. . .)
Ist es der *Sinn*, der alles wirkt und schafft?
Es sollte stehn: Im Anfang war die *Kraft*!
Doch, auch indem ich dieses niederschreibe,
Schon warnt mich was, daß ich dabei nicht bleibe.
Mir hilft der Geist! Auf einmal seh ich Rat
Und schreibe getrost: Im Anfang war die *Tat*!"

Literaturverzeichnis

M. Bauer, H. Berger, Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand, Enke-Verlag 1988
M. Bauer et al., Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung von Stadt und Kreis Offenbach, Offenbach 1987
Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung
Goethe, Johann Wolfgang von, Faust I

Diskussion zu Themenbereich III

(gekürzte Fassung)

Moderation: C. Kulenkampff

Kulenkampff: Vielen Dank für Ihren Vortrag, der viel Diskussionsstoff erzeugt hat. Um an das, was Sie über das psychosoziale Zentrum gesagt haben, anzuknüpfen: niemand bestreitet, daß ein solches Zentrum – das übrigens nur sehr annäherungsweise dem psychosozialen Verbund der Expertenkommission entspricht – aus allen möglichen Töpfen kommunaler und anderer Art, aus örtlicher und überörtlicher Sozialhilfe, Subvention etc. bezahlt werden kann. Aber nicht alle Städte tun das, nicht überall ist ein so großzügiger Landeswohlfahrtsverband am Werke, und daß die Länder sich beteiligen, ist nicht die Regel. Unser Verbundgedanke ist einerseits zwar ein qualitativer Vorschlag, aber auf der anderen Seite eben auch ein Versuch, die kommunale Seite durch Kostenteilung zu entlasten – auch aus psychologischen Gründen, damit die kommunalen Räte sich nicht mit der ganzen Last aller Leistungen alleingelassen fühlen, mit den Arbeitslosen und den unmäßigen Sozialhilfekosten – und dann kommen auch noch die psychisch Kranken und wollen hier alle möglichen Zentren haben. Natürlich gibt es auch sehr wohlhabende Städte, die sich vieles leisten können; aber andere hungern so vor sich hin, und da wird es schwierig für unsere Leute. Bemerkenswert ist doch in diesem Zusammenhang, um auf den Vortrag von Herrn Voß zurückzukommen, daß hier ein Mensch, der auf der Bundesebene der Kassen tätig ist, im Grunde weiter denkt, als wir es jedenfalls hier in dieser Sitzung getan haben. Indirekt spricht er uns sogar Mut zu, nun mal mit dem, was wir als Verbund konzipiert haben, in der Praxis auch Ernst zu machen. Er geht sogar so weit, daß er bereits den Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen veranlaßt, die entsprechenden Richtlinien für die ambulante Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zu machen, und ist angeblich noch im Jahr 1989 damit fertig – während wir uns hier über alle möglichen Sachen unterhalten, über die wir uns schon vor 10 Jahren unterhalten haben. Das finde ich ganz unerwartet und sehr bemerkenswert.

Wir dürfen nicht vergessen, daß wir mit unseren Einrichtungen gezwungen sind, die Angebotspalette zu verändern, sie an das anzupassen, was da bezahlbar werden soll, wenn wir auf diese Schiene der Kassenfinanzierung springen wollen. Ich kenne keine Kontakt- und Beratungsstelle, die über eine funktionierende und intakte ambulante Beschäftigungs- und Arbeitstherapie verfügte. So etwas muß in der Regel erst geschaffen werden; vor allem müssen auch die Leute, die dort arbeiten, erst einmal akzeptieren, daß ihr Angebot in dieser Richtung therapeutisch erweitert werden muß. Und dann muß natürlich von der Basis her mit den Kassen gesprochen werden. Denn die Kassen kommen nicht zu den Einrichtungen und sagen: „Laßt mal sehen, was Ihr hier macht, vielleicht wollen wir was bezahlen", sondern das

geht umgekehrt vor sich. Wenn wir hier schon mit Hölderlin sagen, daß die Bücher bald lebendig werden sollen, und mit Goethe darauf bestehen, „im Anfang war die Tat", dann ist es jetzt an den Betreibern und an denen, die konkret vor Ort arbeiten, diese Strukturen zu akzeptieren und fruchtbar umzusetzen. Das bedeutet aber auch, zu prüfen und zu diskutieren, inwieweit den Vorgaben entsprochen werden kann und soll, die Herr Voß von der Kassenseite auf Bundesebene her vorgetragen hat.

Voges: Der Vortrag von Herrn Voß war recht beweglich und bewegend, aber in seinem Kernbestand doch nicht ganz so fest untermauert. Die Schaubilder waren sehr sorgfältig ausgemalt, aber das, was an Kassenleistungen aufgeführt wurde, ist doch, bundesweit betrachtet, nur sehr sporadisch verwirklicht. Dieses Mischfinanzierungs-Projekt schließlich schien mir eher eine Hoffnung auszudrücken, als daß überhaupt eine reale Aussicht bestünde, daß oder wann sich das verwirklicht. Eine Aussage allerdings war sehr deutlich: „Wir sehen, daß soziale Leistungen für psychisch Kranke eigentlich therapeutische Leistungen sind, aber wir finanzieren sie nicht" – ich denke, mit dieser Kernaussage bleiben wir letztlich doch im alten Bereich.

Kulenkampff: Sicher taucht hier eine alte Argumentation wieder auf, aber ich, der ich sehr viele Jahre mit solchen Leuten und solchen Verbänden verhandelt habe, finde es schon bemerkenswert, daß sie überhaupt eine Tabelle an die Wand werfen, in der eine Drittel-Misch-Finanzierung, und sei es nur als Möglichkeit, aufgezeigt ist. Bis eine solche Zeichnung angefertigt wird, können Sie sonst 15 Jahre warten.

Eisenberg: Auf der Tagung der DGSP in Herborn wurde ja kräftig Kritik am Gesundheitsreformgesetz und seinen völlig unzureichenden Regelungen für psychisch Kranke angemeldet. Die Mitarbeiter der Ministerien wiesen dort darauf hin, daß es nun notwendig sei, die psychiatrische Versorgung bei der Ausgestaltung von Richtlinien besonders zu berücksichtigen. Die Schwierigkeit, die ich in der täglichen Arbeit sehe, ist, daß wir nun einerseits die Dienste wiederum umstrukturieren müssen, damit sie auch diesen im GRG vorgegebenen Erfordernissen genügen, und zum anderen, daß wir auch unsere inhaltlichen Vorstellungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die wir ja im stationären Bereich gewonnen haben, überprüfen und gegebenenfalls modifizieren und dann in die Arbeit eines psychosozialen Kontaktzentrums oder einer Kontaktstelle umsetzen müssen.

M. E. kommt es jetzt darauf an, daß, aufbauend auf den Vorstellungen der Experten-Empfehlungen, solche Konzepte möglichst einheitlich entwickelt und vertreten werden, damit nicht jeder so mit seinen hausgemachten Konstruktionen kommt und damit konkrete Entwicklungen vor Ort auch auf andere Regionen übertragbar sind. Denn ich sehe ja auch heute wieder, daß ich sehr wenig von dem übernehmen kann, was z. B. in Baden-Württemberg läuft, weil dort ganz andere Voraussetzungen als bei uns in Hessen gelten. Wir haben in Kassel erst vor vier Wochen mit Vertretern der Krankenkasse

über die Möglichkeit von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie als ambulante Maßnahme gesprochen, und sie waren unseren Vorstellungen nicht abgeneigt. Nach dem, was wir heute von Herrn Voß darüber gehört haben, fühle ich mich ermutigt, weiter zu machen und dieses Gespräch fortzuführen. Uns und auch anderen Diensten fehlen aber klare Vorgaben in der Praxis, wie diese Konzepte umgesetzt werden können, dadurch wird unheimlich viel Zeit vergeudet, weil in jeder Region wieder von neuem die gleichen sozialrechtlichen, verwaltungsrechtlichen und auch fachlichen Gesichtspunkte abgeklärt werden müssen. Es wäre auch ein Verdienst, wenn die AKTION PSYCHISCH KRANKE vielleicht in einer weiteren Tagung oder auf andere Weise bald konkrete Materialien zur Verfügung stellen könnte, damit man die Basis ein Stückchen unterstützt, denn ich denke, die Materie ist so kompliziert, daß nur wenige wirklich Bescheid wissen.

Kulenkampff: Das finde ich nicht so kompliziert, und m. E. sollten Sie das vor Ort selber machen und sich nicht irgendwo Vorgaben besorgen; denn diese Vorgabenleute sind wieder Leute vom grünen Tisch, die Ihre speziellen Probleme vor Ort nicht kennen. Von denen müssen Sie aber ausgehen und herausfinden, wie Sie es am gescheitesten machen können.

Wüllner: Herr Voß, darf ich nachfragen, wie Ihr Bundesverband versuchen will, Ihre modellhaften Vorstellungen an die satzungsgemäß selbständigen Kassen als Empfehlung oder im Sinne einer Vorgabe weiterzugeben? Ich erlebe vor Ort, daß die Kassen aufgrund ihrer satzungsmäßigen Selbständigkeit öfters dazu neigen, dann doch die eine oder andere Vorschrift extensiver oder auch enger auszulegen. Die in der Psychiatrie Tätigen brauchen ja nun nicht auch noch ausgesprochene Verwaltungsfachleute für diesen speziellen Bereich der Finanzierungsmöglichkeiten zu werden; vielleicht könnten Wege gefunden werden, die Praktiker hinsichtlich der Umsetzungsmöglichkeiten kundig zu machen.

Kulenkampff: Herr Voß ist nicht mehr da, deshalb mußte er ja früher sprechen. – Natürlich kann die Bundesebene der Kassen nur Grundsätze aussprechen und sich damit empfehlend an die unteren Ebenen wenden. Die einzelnen Kassen können natürlich per Satzung sagen, es ist zwar richtig, daß das grundsätzlich bezahlbar wäre, aber das bezahlen wir nicht, weil wir kein Geld haben. Das ist unbestreitbar immer wieder ein örtlicher Kampf, den Sie mit Ihren Landesverbänden oder den örtlichen Verbänden ausfechten müssen. Aber es ist doch wichtig, daß die grundsätzliche Frage geklärt ist, denn dann können sie nun nicht mehr sagen, diese Leistungen seien überhaupt nicht bezahlbar – aber ob sie es dann bezahlen, ist eine andere Frage.

Kunze: Ich möchte eine Verbindung zwischen dem Kapitel über den Gemeindepsychiatrischen Verbund und einem anderen Kapitel im Empfehlungsband herstellen, das bisher noch nicht in die Diskussion einbezogen worden ist, nämlich das Kapitel über die Enthospitalisierung. Herr Berger hat ja den Anspruch dargestellt, allein mit einer Abteilung und einem

differenzierten komplementären Netz für eine definierte Population ohne herkömmliches Krankenhaus auszukommen, und ich wünsche ihm und den Beteiligten in Offenbach, daß das gelingen möge. Die Probe wird allerdings erst dann bestanden sein, wenn 20 oder 30 Jahre ins Land gegangen sind; denn wenn ich die Langzeitpatienten in unserem Krankenhaus nach ihrem Aufnahmejahr ansehe, dann ist die Akkumulation pro Jahr selbst aus einer Population und von mehreren hunderttausend Einwohnern sehr klein, aber in 30 bis 40 Jahren addieren sie sich zu einer größeren Zahl.

Die Verbindung zwischen dem Gemeindepsychiatrischen Verbund und dem Enthospitalisierungskapitel sehe ich folgendermaßen. Bisher waren doch die einzelnen Hilfen, ambulante Behandlung, Hilfen beim Wohnen, Hilfen bei der Tagesstrukturierung nur in Einrichtung und nicht in separaten Komponenten finanzierbar. Das Wesentliche des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist demgegenüber der Anspruch, für eine kleinere Gruppe von Schwerbehinderten, die diese Bündelung und diese Integration der verschiedenen Hilfen brauchen, sie aber selber nicht leisten können, genau dies organisatorisch zu leisten und dabei *ohne* das kostentechnische Konzept von Einrichtung oder Heim oder Krankenhaus auszukommen.

Deswegen kommt es darauf an, auch für die Zielgruppe der Langzeithospitalisierten entsprechende Voraussetzungen zu schaffen. Diese Gruppe von Patienten darf bei diesen ganzen Geschichten nicht vergessen werden, sondern muß gezielt gefördert werden. Das, was als Verbund aufgebaut werden soll, muß auch für diese Zielgruppe offen sein. Denn wir können Psychiatriereform nicht nur mit Abteilungen betreiben, sondern das, was bisher psychiatrisches Krankenhaus ist, muß auch in diese Reform eingebunden sein.

Crefeld: So unbefriedigend das Leistungsrecht der sozialen Krankenversicherung im Hinblick auf die Versorgungsbedürfnisse chronisch psychisch Kranker ist, so sollte man den Vorwurf, daß die vorhandenen Auslegungsspielräume nicht hinreichend genutzt werden, nicht ausschließlich den Krankenkassen entgegenhalten. Den Verständnisvollen unter ihren Vertretern wird ihr Engagement für chronisch psychisch Kranke nicht gerade leicht gemacht von den vielen, oft sehr kleinen psychosozialen Diensten, die manchmal überwiegend mit Berufsanfängern arbeiten, welche dann vielleicht noch nicht einmal fachlich hinreichend qualifiziert geleitet werden. Psychosoziale Dienste müssen sich in Zukunft wesentlich stärker um die fachliche Qualität ihrer Arbeit bemühen, und sie sollten dann auch, wo sie Qualität vorweisen können, bei den Sozialleistungsträgern um Vertrauen in ihre Leistungsfähigkeit und Versorgungsqualitäten werben. Gelegentlich habe ich dagegen – wo die Basisfinanzierung gesichert war – auch Bemerkungen dahingehend gehört, daß man gar kein besonderes Interesse an einer Kostenbeteiligung durch Sozialleistungsträger hatte, weil man wußte, daß dies mit Verpflichtungen und Versorgungsverantwortungen einhergehen würde, ohne die es sich nun einmal besser leben läßt.

Mengers: Es stimmt doch nicht, daß das Leistungsrecht den Krankenkassen da nennenswerte Spielräume ließe und es vom Wohlwollen bestimmter Personen abhinge, ob sie nun bezahlen oder nicht. Sondern die Kassen haben bestimmte Leistungsverpflichtungen, und denen müssen sie nachkommen. Allerdings sind diese Leistungsverpflichtungen im Grunde genommen nie ausgeschöpft worden, nach altem Recht nicht und nach neuem Recht natürlich auch noch nicht. Insofern hat sich überhaupt nichts geändert. Die Krankenkassen haben Krankenbehandlung zu bezahlen, und da spielt es überhaupt keine Rolle, ob der Patient psychisch oder körperlich krank ist, ob er in der Tagesstätte wohnt oder ob er zu Hause wohnt. Solange das nicht ausgeschöpft wird, ist das eher eine Sache, die auf die Einrichtungsträger selbst zurückfällt. Es ist eben immer versucht worden, den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen, und das war sozusagen der Weg zum Sozialamt, zum Landeswohlfahrtsamt oder zu sonst irgendeinem Sozialhilfe-Träger.

Das gleiche gilt für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie – was Herr Voß eben als etwas Neues verkauft hat. Es ist schon immer so gewesen, auch nach der Rechtsprechung, daß die Krankenkassen im Rahmen der Krankenbehandlung auch die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zu bezahlen hatten. Das ist nichts Neues, das ist nur nicht gemacht worden. Auch die Mischfinanzierung, die Herr Voß groß angekündigt hat, ist natürlich eine gute Sache, aber die konnte ja bisher innerhalb eines Pflegesatzes oder eines Betreuungssatzes passieren; aber nach meinem Wissen, gerade auch in Berlin, gab es solche Mischfinanzierungen immer nur dann, wenn per Saldo die Krankenkassen dabei Geld einsparen konnten. Insofern mag der Vortrag von Herrn Voß sehr lebhaft gewesen sein, aber inhaltlich war er äußerst unbefriedigend und brachte wenig Neues.

Kruckenberg: Unsere Arbeit bewegt sich doch auf zwei unterschiedlichen Ebenen: Einmal sich für die Verbesserungen der Rahmenbedingungen einzusetzen; zum anderen mit den jeweiligen Rahmenbedingungen den Versuch zu machen, daraus auf eine mehr oder weniger geschickte oder künstlerische Weise etwas Sinnvolles zu entwickeln, wie die Offenbacher das sehr schön gezeigt haben. Und dies gilt sowohl für die Rahmenbedingungen der Sozialhilfe wie für das Leistungsrecht der Krankenkassen. Mit dem Sozialhilfeträger ist es natürlich in Stadtstaaten einfacher, zu vernünftigen Ergebnissen zu kommen, aber das Offenbacher Beispiel zeigt, daß nicht nur in Stadtstaaten Fortschritte möglich sind. Wir in Bremen haben mithilfe einer konsequenten Auflösungsplanung mindestens 15 Millionen Mark im Jahr aus dem stationären klinischen Bereich, den der Sozialhilfeträger bezahlt, in den ambulanten und komplementären Bereich umschichten können. Das trifft den Punkt, den Herr Kunze im Bezug auf Enthospitalisierung angesprochen hat. M. E. muß der Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit der Enthospitalisierung anfangen. Wir haben uns zunächst um Verbesserungen der Personalausstattung und Personalschlüssel im Krankenhaus bemüht, und nachdem wir dann auch für den Pflegefallbereich im Krankenhaus einen guten Pflegesatz hatten, haben wir mit den

Kostenträgern verhandelt und ein umfassendes Konzept vorgelegt, wie wir diese 15 Millionen Mark durch Auflösung der Klinik Blankenburg in den ambulanten und komplementären Bereich umsetzen und dort Plätze schaffen können. In Bremen sind es mittlerweile über 200 Plätze für die allgemeine Psychiatrie, 250 Wohngemeinschafts- und Einzelwohnplätze und eine etwas geringere Zahl von Wohn- und Übergangsplätzen, auch für gerontopsychiatrische Patienten, und schließlich 120 Plätze in dezentralen Kleinwerkstätten. Die Personalschlüssel im Bereich des betreuten Wohnens sind so berechnet, daß man auch schwerer behinderte Patienten entlassen kann; d. h. sie liegen zwischen 1:8 und 1:1,25. Darüber hinaus sind aus diesem 15-Millionen-Paket Tagesstätten finanziert worden, sozusagen als zweite Hälfte des sozialpsychiatrischen Dienstes, der jetzt pro 100000 Einwohner 1,5 Ärzte, 1 Psychologen, 4 Sozialarbeiter und 2 Krankenpflegekräfte und 1,5 Schreibkräfte umfaßt. Das ganze war sozusagen eine Paketverhandlung mit dem Sozialhilfeträger, die sich über zwei Jahre hinzog und dann 1985 in einen Senatsbeschluß mündete. Das ist natürlich in einem Stadtstaat ein bißchen einfacher, aber ähnliche Verhandlungen mit dem Ziel der Umverlagerung von Mitteln erscheinen auch in Flächenstaaten sinnvoll.

Auch gegenüber den Krankenkassen muß man sich sozusagen einer Pferdemarkt-Philosophie bedienen, um zu sehen, wie man mit den gebeutelten Krankenkassen zurecht kommt – ich weiß nicht, wo es der AOK, die ja oft Verhandlungsführer ist, noch irgendwo gutgeht. Das eine ist natürlich auch wieder, in den Pflegesatzverhandlungen möglichst hart zu verhandeln und ordentliche Pflegesätze und eine gute Personalausstattung im Krankenhaus herauszuholen. Das ist bei uns einigermaßen gelungen – mit mancherlei Hilfe, auch von Wirtschaftsprüfungs-Unternehmen. Zum anderen geht es dann natürlich darum, den stationären mit dem ambulanten Bereich auch gegenüber den Krankenkassen in den Verhandlungen zu verknüpfen. Damit wollen wir jetzt anfangen; bisher haben wir mit den Krankenkassen so verhandelt, daß wir gesagt haben, wir reduzieren die Betten und behalten das Personal, um eine einigermaßen ordentliche Personalausstattung zu haben. Jetzt könnte die nächste Phase beginnen, indem wir sagen: wir reduzieren die Betten weiter, wenn ihr ambulant etwas finanziert. Ambulante Finanzierungsmöglichkeiten, die nicht so ganz außerhalb des Denkbaren liegen, gibt es einmal im Bereich der ambulanten Arbeitstherapie – damit haben wir übrigens auch schon seit Jahren angefangen; wir haben vom Krankenhaus aus ambulante Arbeitstherapie angeboten, die sich sehr bewährt hat: aber die muß man natürlich nicht im Krankenhaus machen, das war sozusagen die Einstiegsstufe. Man kann aber auch sehen, ob man mit diesem schrecklichen Gebilde der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke nicht auch ambulant etwas anfangen kann, indem man die Krankenkassen wenigstens motiviert, doch den einen oder anderen Teilbereich in einem vernetzten System und nicht nur ganze Einrichtungen zu finanzieren – wir stehen da jetzt in Verhandlungen, auch wieder mit dem Angebot der Bettenreduzierung, aber was daraus wird, weiß ich nicht.

Schließlich wäre es ja denkbar, daß die Krankenkassen doch sekundär oder tertiär mit zur Pauschalbezuschussung von sozialpsychiatrischen Diensten oder ähnlichem beitragen; und dann würde ich auch die Position nicht ganz aufgeben, daß auch die Heil- und Hilfsmittel zur Abwehr der Verschlechterung einer Behinderung zu Lasten der Kassen gehen müßten, auch wenn es da um „psychosoziale Hilfen" geht – das ist doch nur ein Kampf der Begriffe. Was heißt denn eigentlich psychosoziale Hilfen? Ich würde das aus meiner Sicht so definieren und in die Verhandlung einbringen, daß ich als „psychosoziale Hilfen" das begreife, was die Sozialarbeiter vom Sozialamt machen; in dem Augenblick aber, wo ein Sozialarbeiter im Rahmen eines psychiatrischen Behandlungsprogrammes soziotherapeutisch tätig ist, ist diese Tätigkeit natürlich Teil der Behandlung und nichts anderes wie der entsprechende Einsatz von Arbeits- und Beschäftigungstherapie auch. Zumindest sollten wir diese Auseinandersetzung führen, bis sie sich vielleicht ad absurdum geführt hat, man kann das zumindest lokal probieren. Wir müssen vor Ort gucken, welche Verhandlungsspielräume gegeben sind, und die dann bündeln. Vielleicht kann die AKTION PSYCHISCH KRANKE dann einmal ihre regionalen Erfolge zusammenfassen und umverteilen, damit wir an der lokalen Front sozusagen etwas mehr Munition haben.

Drees: Der Vortrag aus Offenbach hat mich ein wenig neidisch gemacht. Ich versuche auch in Duisburg ähnlich wie Herr Bauer, eine Menge zu bewegen – ich spiele zwar nicht mit dem Stadtdirektor Tennis, aber mir ist auch bedeutsamer, die Kassen stärker in die Pflicht zu nehmen. Ohne die Kassen läßt sich in der Stadt nichts mehr bewegen, ist mein Eindruck, trotz vieler Kontakte, die nicht nur berufliche Dimensionen haben. Aber auch in dieser Beziehung werden in Offenbach die Kassen eingesetzt, wie ich es einfach nicht zustande bekomme. Die Offenbacher Klinik hat ungefähr ein Drittel mehr Personal als ich; dank der Kassen: d. h. es muß in diesem Offenbach eigenartige Möglichkeiten geben, die mir und wohl auch vielen anderen Städten schlichtweg verschlossen sind.

Bauer: Es gibt natürlich keine eigenartigen Möglichkeiten in Offenbach, sondern Offenbach ist eine arme Arbeiterstadt, deren Haushalt seit zwei Jahren jährlich vom Regierungspräsidenten jeweils neu genehmigt werden muß, die Sozialhilfeausgaben in Höhe von 90 Millionen Mark im Jahr hat und am pro-Kopf-Einkommen gemessen mit die am höchsten verschuldete Stadt in der Republik ist. Man sollte also nicht meinen, Offenbach sei reich, und all das sei nur deswegen machbar, weil Geld vorhanden sei, mitnichten ist das so. Die Tatsache ist, daß in diesem Krankenhaus mehr Personal als in anderen Abteilungen tätig ist, hat damit zu tun, daß das Stadtkrankenhaus Offenbach einen allgemeinen Pflegesatz hat, in den auch die psychiatrische Abteilung mit eingebunden ist. Das wird das GRG möglicherweise ändern, aber bisher war das so. Das ist ja eben ein wesentliches Argument dafür, die Psychiatrie wieder an die allgemeinen Krankenhäuser anzubinden, weil über diesen, gegenüber den psychiatrischen Krankenhäusern erhöhten Pflegesatz es auch möglich ist, bessere Stellenpläne auszuhandeln. Deshalb kann

ich das Argument von Herrn Voß überhaupt nicht verstehen, daß diese Abteilungen kontraproduktive Konkurrenten seien. Ich bin in der Tat der Auffassung, daß die Psychiatrie spätestens im Jahre 2050 auf psychiatrische Krankenhäuser wird verzichten können, weil man den stationären Teil mindestens genauso gut in gemeindenahen psychiatrischen Abteilen an Allgemeinkrankenhäusern wird machen können.

Das führt mich zu meinem eigentlichen Votum als Antwort auf das, was Herr Kunze gesagt hat. Wir sollten auf dieser programmatischen, zum Teil auch polemischen Ebene nicht miteinander umgehen, ob diese Abteilungen nun in der Lage sind, Vollversorgung – was immer das heißen mag – zu garantieren oder nicht. Zunächst ist wichtig, genau zu dokumentieren, was da läuft, und auch genaue Zahlen vorzulegen. Natürlich war die Enthospitalisierung der Langzeitpatienten im PKH Riedstadt von Anfang an mitgedacht. Bis auf vier Patienten ist das auch gelungen – bei einem Einzugsbereich von 120 000 Einwohnern. Diese vier, jetzt inzwischen über 60jährigen chronisch Kranken im PKH Riedstadt wollen auf eigenen Wunsch dort bleiben. Alle anderen sind in den letzten neun Jahren in der Tat in die Stadt Offenbach zurückgeholt worden. Gleichzeitig ist ein einziger Patient aus der Region Offenbach in Absprache mit dem PKH Riedstadt dorthin weiterverlegt worden, es ist also sozusagen ein neuer Langzeitpatient zum chronischen Patienten im PKH geworden. Wenn wir das hochrechnen, 1 Patient in 9 Jahren, dann heißt das also in 27 Jahren 3 Patienten, in 60 Jahren 6, in 120 Jahren 12 neue Langzeitkranke. Das, denke ich, ist eine Gruppe von Langzeitpatienten, die man in einem Einzugsbereich von 100 000 auch in einem Allgemeinkrankenhaus gut verkraften kann. Ich will gar nicht bestreiten, daß eine Reihe von Patienten dauerhaft krankenhausbedürftig sind oder es auch bleiben; wieviele das sind, weiß z. Z. kein Mensch, und ob sie akkumulieren, weiß auch niemand. Wie auch immer, das Ausmaß der Akkumulation ist dann nicht besorgniserregend, wenn a) wichtige komplementäre Strukturen vorgehalten werden und wenn b) die Einzugsbereiche der stationären Einrichtungen klein sind – und dazu braucht man kleine Abteilungen und keine großen Krankenhäuser.

Schwendy: Durch solche Darstellungen wie aus Offenbach entsteht bei manchen vielleicht der falsche Eindruck, das sei so solitär. Aber bundesweit gibt es sicherlich 30 oder mehr Vereine dieser Art, die so weit, zum Teil sogar weiter auf dem Weg zu dem sind. Nur haben sie nicht alle so gute Botschafter wie die Offenbacher und auch nicht alle das Glück, daß sie ihre Arbeit solide empirisch begleiten und darstellen können. Sehr weit entwickelt sind meist die Hilfsvereine, die eng mit einer psychiatrischen Abteilung oder einer kleinen Klinik in der Stadt zusammenarbeiten. Ich kenne hingegen kein Beispiel, wo es diesen Hilfsvereinen gelungen ist, gegen oder ohne eine stadtnahe Klinik so ein Verbundsystem aufzubauen, das dann auch chronisch psychisch Kranke tragen konnte. Noch eine Bemerkung zum Leistungsrecht: Es gibt hier strukturelle Schwächen im Leistungsrecht. Die gab es früher in der RVO, und die gibt es jetzt im SGB V – im Grunde genommen müßte die primäre Forderung jetzt sein, hier nachzubessern,

bevor überhaupt neue therapeutische Leistungen verfügbar sind. Aber selbst wenn da nachgebessert wird, wird es in unserem Bereich immer ein Problem bleiben, die Leistung abzuholen. Denn dieser ambulante psychiatrische Bereich ist strukturell schwindsüchtig – das Krankenhauswesen ist hochorganisiert und hat eine phantastische Lobby, die niedergelassene Ärzteschaft ist hochorganisiert und hat eine sehr gute Lobby; und so etwas schlägt sich dann auch nieder in Organisationen, die überhaupt erst in der Lage sind, auf gleicher Ebene mit den Kassen Verhandlungen zu führen. Der ambulante Bereich, über den wir reden, ist in der Regel nicht so ausgestattet, daß er Fachleute hat, die in dieser Weise verhandlungsfähig sind. Da arbeiten vor allem engagierte Fachkräfte, die ihr therapeutisch-sozialarbeiterisches Handwerk verstehen, und wenn es denn das Glück will, wächst solchen Vereinen jemand zu, der dann auch firm ist in allen Tricks des Leistungsrechts. Wir müssen erkennen, daß wir ohne Geschäftsführungs-Kompetenz auf höchstem Niveau – denn das Niveau muß ja besonders hoch sein, weil dieser Bereich noch nicht so gesichert ist, wie der Heim- und Krankenhausbereich – nicht einen Millimeter weiterkommen, auch wenn die schönsten Gesetze hier in Bonn oder anderswo verabschiedet werden. Das kann man auch aus der Geschichte der Gemeindepsychiatrischen Zentren in den Vereinigten Staaten lernen. Die Community Mental Health Centers dort haben sich von dem Zeitpunkt an stabilisiert und durchgesetzt, als man erkannt hatte, daß für das Management dieser Organisationen – und das waren ja ähnliche Verbundsysteme, allerdings mit noch einem klinischen Anteil –, daß dafür spezielle Manager nötig waren, die dieses Handwerk, also Personalführung, Betriebswirtschaft, Leistungsrecht und all diese Dinge gelernt hatten und damit das therapeutische Personal von diesen Pflichten freistellten. Vielleicht hat das der Expertenbericht nicht deutlich genug gemacht. Die Rechnung wird nicht aufgehen, wenn der Trägerbereich sich nicht gerade in dieser Hinsicht stärkt. Das ist auch ein Appell an die freie Wohlfahrtspflege, die, wie wir ja heute in dem Vortrag aus Hamburg gesehen haben, in bestimmten Bereichen sehr kompetent ist, die Psychiatrie aber vielerorts hinterhinken läßt.

Reisig: Der Gemeindepsychiatrische Verbund steht und fällt ja doch nach dem, was ich hier in den zwei Tagen jetzt gehört habe, mit der Frage, ob es neue, von den Kassen finanzierte ambulante Leistungen geben wird. Deswegen haben wir doch im letzten Herbst für das Gesundheitsreformgesetz therapeutische Dienstleistungen für psychisch Kranke gefordert. Auch der Bundesrat hatte sich dem ja angeschlossen. Es hatte dann geheißen, der Bundesarbeitsminister wolle den Bericht der Expertenkommission abwarten und dann diese Fragen später erneut verhandeln. Ich gehe davon aus, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE weiter an ihren Vorschlägen festhält, daß diese therapeutischen Dienstleistungen in den Katalog aufgenommen werden, und sich nicht alles darauf reduziert, daß die Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden soll. Das ist zwar auch erfreulich, es steht ja bei einigen Kassen

schon drin, und wir rezeptieren das ja auch schon seit Jahren. In Hessen bezahlt übrigens inzwischen das Landessozialamt die ambulante Arbeits- und Beschäftigungstherapie nach § 40 BSHG als Übergangsmaßnahme für Patienten, die entlassen werden. Trotzdem wollten wir an dieser alten Forderung nach der Aufnahme von therapeutischen Dienstleistungen für psychisch Kranke in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor festhalten.

Brandt: Ich finde es sehr interessant, daß ein Vertreter der Krankenkassen, nach bzw. trotz der Verabschiedung des GRG, den größten Beifall von allen Referenten bekommt. Denn zum einen sind diese negativen Klarstellungen im Hinblick auf die psychosozialen Leistungen ja vermutlich wesentlich auf Initiative der Krankenkassen erfolgt, und zum zweiten mittelbar auch Ausdruck dessen, was die Krankenkassen in den nächsten Jahren leisten wollen bzw. sollen. Herr Voß hat ausdrücklich klargestellt, inwieweit die Krankenkassen Interesse daran haben, die einzelnen Bausteine zu finanzieren, nämlich auf einer äußerst bescheidenen und schwächer gewordenen Rechtsgrundlage und den sozialpsychiatrischen Dienst überhaupt nicht. Er hat eine ganze Reihe von Vorbedingungen für diese Finanzierung benannt, die ich so verstehe, daß die Kassen eventuell bereit sind, die bisherigen Mittel in gleicher Höhe weiterhin zu erbringen, und eventuell bereit wären, eine Umstrukturierung des Angebotes zu bezahlen, aber unter der Voraussetzung verringerter Ausgaben im Krankenhaus- und im ärztlichen Bereich.

Zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung bzw. zur Realisierung dieses Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist aber auch eine Weiterentwicklung des Leistungsrechts unbedingt notwendig. Wenn Sie sich an die Begründung der Bundesregierung zum Referentenentwurf des GRG erinnern, so hieß es dort sinngemäß: der Psychiatriebereich bleibt ausgespart; nach Vorlage der Empfehlungen der Expertenkommission würden aber die erforderlichen Schritte eingeleitet. Im zweiten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation (Bundestags-Drucksache 11/4455) ist die entsprechende Aussage sehr viel vorsichtiger. Danach wird die Bundesregierung nach Vorlage der Empfehlungen prüfen, ob überhaupt ein Reformbedarf besteht („erforderlichenfalls einzuleitende Initiative und Maßnahmen") und in der entsprechenden Sitzung des Beirates beim Bundesministerium wurde diese Formulierung ausdrücklich noch einmal als neue politische Position bekräftigt.

Herr Voß hat breit dargestellt, welchen Bereichen die Krankenkasse unter den Bedingungen des neuen Leistungsrechts nicht mehr zahlen kann. Er hat aber nicht dazu Stellung genommen, daß die Kassen z. B. aufgrund des § 107 SGB V mit der neuen Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtung – die zwar aus unserer Sicht auf sehr schwachen Füßen steht – sehr viel tun könnten. Dies gilt gerade im Hinblick auf den faktischen Stillstand beim Ausbau der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK).

Kulenkampff: Manchmal freut man sich eben auch über kleine Äußerungen, die hier von Kassenseite kommen. Natürlich ist überhaupt unstrittig, daß auf dem Gebiet der Gesetzgebung ein großes Defizit zu verzeichnen ist. Die Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände zum Empfehlungsband beziehen sich deshalb auch auf ihre eigene Stellungnahme zur Enquête: Damals hatten sie ziemlich dezidiert gesagt, daß die Kommunen nur unter bestimmten Bedingungen sich an der Weiterentwicklung des außerstationären Systems beteiligen würden, und haben gesetzliche Regelungen verlangt für die Finanzierung der ambulanten Dienste, der komplementären Dienste und des ganzen Versorgungsfeldes außerhalb der Klinik. Erst wenn das gesichert sei, so die Kommunen, wären sie bereit, sich mit dem Geschäft zu beschäftigen. – Daß sie das faktisch nicht durchhalten und was in der Praxis dann zu tun ist, ist ein anderes Thema.

Allerdings weiß ich nicht, *wo* solche Regelungen unterzubringen wären. Es ist ja sicher nicht möglich, in einem grundsätzlichen Leistungsgesetz wie dem GRG die Spezialgruppe der psychisch Kranken – und es gibt ja noch mehrere andere denkbare Gruppen – so differenziert zu behandeln, daß das ungleichgewichtig wird. Daher tauchen dann wieder so alte Überlegungen nach einem Gesetz für psychisch Kranke überhaupt auf, einem psychischen Gesundheitsgesetz oder sonst sowas. Doch das war auch das Argument, mit dem wir beim BMA von Herrn Jung abgeschmettert worden sind, der uns gesagt hat, unsere Vorschläge gingen schon zu weit ins Spezielle. Psychisch Kranke seien eben eine Spezialität und das könne bei einem generalistischen Leistungsgesetz nicht zu weit getrieben werden. Ich gebe zu, es ist ein bißchen sehr wenig geworden und sehr wenig übrig geblieben von dem, was wir intendiert haben – ich verstehe auch bis heute noch nicht, warum sie diesen sehr schönen Begriff der therapeutischen Dienstleistungen als Überschrift wieder herausgenommen haben und nur noch in der Begründung, gleichsam verschämt beibehalten haben.

Nach wie vor besteht also ein allgemeines gesetzgeberisches Defizit auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung außerhalb der großen Blöcke des Krankenhauses hier, der niedergelassenen Ärzteschaft dort, die ihre Lobby haben und ihre klaren Bestimmungen ausgefeilt haben und in sich geregelt sind. Doch ist es bisher nicht gelungen, in dem uns beschäftigenden Bereich den Durchbruch in der Legislative zu schaffen. Deshalb bin ich auch Ihrer Meinung, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE nach wie vor die Aufgabe hat, weiterhin gerade darauf zu drängen.

Hoffmann: So interessant wie Herr Brandt es fand, daß Herr Voß den meisten Beifall bekommen habe, so interessant finde ich es, daß heute bislang noch mit keinem einzigen Wort auf den Vortrag von Herrn Wäcken eingegangen worden ist. Daran zeigt sich m. E. die Polarität zwischen dem immer wieder und zu Recht erhobenen Ruf, es mögen doch bundesweit, mindestens aber landesweit gesetzlich klare Regelungen geschaffen werden, damit die Leute, die in der Psychiatrie arbeiten, wissen, woran sie sind, wissen, was sie kriegen, und überhaupt die Arbeit generell erleichtert und verbessert wird.

Auf der anderen Seite steht die Erkenntnis, daß, wenn die Verbesserung in einem breiten und allgemeinen Trend gewollt wird, eben auch auf seiten derer, die sich jetzt schon einen Teil des Kuchens herausgeschnitten haben und damit schlecht und recht leben – daß es auf deren Seite vor Ort auch einer oft schmerzhaften Anstrengung bedarf, sich dem, was es schon an Möglichkeiten gibt, anzunähern und das auch wirklich auszuschöpfen, ganz im Sinne dessen, was Herr Mengers aus Kiel gesagt hat. Es gibt eine ganze Menge, was die Krankenkassen bezahlen müssen, man muß es ihnen nur erst einmal klarmachen, und man muß die Voraussetzungen dafür schaffen, und man muß es gegebenenfalls auch durchfechten können. Daß das eine ganz schwere Aufgabe ist, mit der man sicherlich sowohl von der eigenen Kraft her, als auch z. B. von der Personalsituation in einem kleinen Verein überfordert sein oder sich überfordert fühlen kann, ist eine andere Frage. Genau über diese schwierige Alltagsarbeit hat Herr Wäcken berichtet und gezeigt, was da für plötzliche Probleme entstehen. Natürlich ist die Vorstellung beängstigend, man müsse eine große Zahl von Mitarbeitern in rechtsunsicherer Form verwalten und dann auch noch eine gute Psychiatrie machen. Denn das scheint ja zunächst die Konsequenz zu sein, wenn man die Verbund-Empfehlung in die Tat umsetzen will. Aber diese beiden Pole stehen da, und auf beiden Ebenen, der bundesweit legislativen und der lokalen Verhandlungsebene, ist weiter zu ackern.

Luithlen: Wir sind von der kommunalen Ebene Offenbachs wieder sehr schnell auf die Bundesebene gekommen. Ich kann das auch verstehen. Hier ist die These aufgestellt worden, das Leistungsrecht müsse auch weiterhin verbessert werden, damit man in der Psychiatrie das tun könne, was erforderlich ist. Dies ist sicherlich grundsätzlich richtig. Sie müssen aber berücksichtigen, daß wir in unserem Gemeinwesen verschiedene Handlungsebenen haben, und die schwierigste, langwierigste, und nach meiner Erfahrung auch die am schwersten zu kalkulierende ist die Bundesebene. Wenn Sie sich diesen Weg vorstellen von der Enquête über das Modellprogramm, die Begleit-Forschung, Empfehlungen, Stellungnahmen der Länder und Verbände, bis hin zur Stellungnahme der Bundesregierung, um dann wieder in die Gesetzgebung zu gehen – mit allen ihren Unwägbarkeiten –, dann können Sie erkennen, wie mühselig es ist, hier etwas zu bewegen. Ich habe mich seinerzeit sehr um die Entwicklung eines Anforderungsprofils für die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte bemüht. Das war eine Initative auf Bundesebene mit dem Versuch, in einem kleinen Teilbereich ein Stückchen weiter zu kommen, der nach 15 Jahren des Verhandelns in einer Empfehlungsvereinbarung der Kostenträger mündete. Heute habe ich – drei Jahre nach dieser Vereinbarung – einen Bericht gesehen, nach dem überhaupt erst vier Einrichtungen in diesem Sinne in der Bundesrepublik arbeiten. Daran können Sie erkennen, wie schwer es ist, etwas von Bundesseite her zu bewegen auf diesem Gebiet.

Insofern habe ich mich über den Vortrag von Herrn Bauer und Herrn Berger gefreut, weil mir klarer geworden ist, daß man mit Initiative und Erfindungs-

reichtum und sicherlich auch Raffinesse und Geschicklichkeit auf kommunaler Ebene viel schneller etwas bewegen kann. Es gibt ja Spielräume. Sie haben im GRG die Aussage, daß man auch den Bedürfnissen der psychisch Kranken und Behinderten gerecht werden müsse. Das ist zugegebenermaßen eine Generalklausel, die schwierig umzusetzen ist, aber sie könnte ein Ansporn sein, wenigstens die Ecken auszuleuchten und aus dem Leistungssystem herauszuholen, was herauszuholen ist.

Aber noch eine konkrete Frage an Herrn Berger und Herrn Bauer: Sie haben von den niedergelassenen Ärzten eher am Rande gesprochen, aber man stellt doch immer wieder fest, daß wir sehr schnell in die Problematik eines Verteilungskampfes kommen: ich könnte mir vorstellen, daß Sie den niedergelassenen Ärzten in Offenbach eine Menge Arbeit abgenommen haben; ist da nicht auch ein Verteilungskampf entbrannt? Wie sind Sie am Ende mit ihnen klargekommen und wie, glauben Sie, wird sich die Zusammenararbeit zwischen Ihnen und den niedergelassenen Ärzten entwickeln?

Frau Gaertner: Die hier häufig angesprochene Forderung nach einer Weiterentwicklung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen ist sicherlich völlig gerechtfertigt. Es ist für die betroffenen psychisch Kranken nach wie vor eine ganz schwierige Situation, in weiten Bereichen allein auf Sozialhilfe angewiesen zu sein. Trotzdem halte ich es nicht für realistisch zu hoffen, daß dieses System grundsätzlich geändert würde, im Sinne einer radikalen Reform des Leistungsrechtes. Erstens also werden wir mit diesem gegliederten System auch in Zukunft leben müssen. Zweitens aber ist es natürlich außerordentlich wichtig, daß die Leistungsmöglichkeiten der Krankenversicherungen ausgeschöpft werden. Wenn man sieht, wie unterschiedlich Krankenkassen auf regionaler und örtlicher Ebene auf bestimmte Gegebenheiten reagieren, dann weiß man, was möglich werden könnte, und was eben bisher nicht ausgeschöpft ist, und man erkennt auch klarer die Möglichkeiten, die dem Gesetzgeber nach wie vor offenstehen. Drittens aber gehört m. E. zur Weiterentwicklung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen auch eine Weiterentwicklung des Sozialhilferechts. Alles, was hier und anderswo in extenso diskutiert wird, weist ja immer wieder darauf hin, daß das Sozialhilfegesetz, richtig verstanden, ein durchaus gutes Gesetz ist. Die Sozialhilfe entwickelt sich auf der überörtlichen Ebene weiter zu einem Leistungsrecht, das auch die Rehabilitation beinhaltet; wenn dies aber so ist, muß das Sozialhilferecht auch so ausgestaltet werden, daß es den Anforderungen, die ja seit langem auf Sozialhilfe zukommen, auch Rechnung tragen kann. Das scheint mir eine ganz wichtige Sache zu sein. Ich glaube im übrigen nicht, daß nur der Landeswohlfahrtsverband Hessen sich in dieser Weise entwickelt. Auch in anderen Bundesländern wird ähnlich und auch in diese Richtung gearbeitet; das zeigt sich auch an vielen Stellen bei den Gemeinsamkeiten und den gemeinsamen Meinungsbildungen der überörtlichen Sozialhilfeträger.

Das Thema der „neuen" chronisch psychisch Kranken ist offensichtlich ein sensibles Thema, insbesondere für die psychiatrischen Abteilungen an

Allgemeinkrankenhäusern. Aber umgekehrt sind doch nach wie vor die noch in psychiatrischen Großkrankenhäusern lebenden „alten" chronisch psychisch Kranken, die zum Teil seit Jahrzehnten dort leben, und auch diejenigen sogenannten psychisch Kranken, die in Wirklichkeit keine psychisch Kranken sind, sondern zum Beispiel geistig Behinderte, ein großes Problem. Wir sind in Hessen zur Zeit dabei, immerhin eine Zahl von etwa 900 geistig Behinderten, die in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern des LWV leben, aus diesen Krankenhäusern „herauszuholen", ihnen also in einem sehr behutsamen Prozeß die Möglichkeit zu geben, daß sie gemeindenäher, verwandtennäher, freundesnäher, ortsnah, was immer man darunter verstehen mag, leben können, und das läuft auch. Das ist allerdings ein mindestens ebenso komplizierter Prozeß, wie es ein komplizierter Prozeß ist, so einen Gemeindepsychiatrischen Verbund herzustellen, weil nämlich auch hier ganz viele beteiligt sind – Einrichtungsträger, kommunale und andere Kostenträger, aber auch örtliche und überregionale Planer. Ich glaube, man muß in dieser Hinsicht außerordentlich viel Geduld aufbringen, auch wenn man sich fragen mag, warum dieses Problem erst Ende der 70er Jahre in Nordrhein-Westfalen, Anfang der 80er in Bremen und in der zweiten Hälfte der 80er in Hessen angegangen worden ist – in anderen Bundesländer, fürchte ich, ist man noch viel weiter zurück. Man sollte deshalb wohl ungeduldig sein hinsichtlich der Notwendigkeit, überhaupt eine Lösung zu entwickeln; aber wenn man die Lösungen angeht, sollte man sehr viel Geduld aufbringen hinsichtlich des Zeitpunktes, wann die Entwicklung so weit abgeschlossen sein wird, daß man schließlich zufrieden sein kann.

Domscheit: Neben der Notwendigkeit, das Leistungsrecht weiterzuentwikkeln, bedeutet die Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts auch, daß die beteiligten Träger und Trägervertreter lernen müssen, eventuell auf traditionelle Angebotsformen zu verzichten und neue aufzubauen, und vor allem darauf zu verzichten, weiterhin in den alten Formen nebeneinander herzuarbeiten, und sich statt dessen stärker zusammenzuschließen. Soweit ich es sehe, gibt es im Bereich der freien Wohlfahrtspflege grundsätzlich, was das angeht, keine Probleme. Es ist durchaus die Bereitschaft da, ich kann das für das Diakonische Werk mit Sicherheit sagen, den eingeschlagenen Weg, auch den Weg des Verbundes zu gehen, und auch die Forderungen im Bereich des Leistungsrechtes werden von uns unterstützt. Das hat auch schon eine lange Tradition. Man sollte doch sehen, daß die freie Wohlfahrtspflege, die hier gestern etwas schlecht weggekommen ist, bereits seit 1970 das Gemeindepsychiatrische Konzept in seinen verschiedenen Strängen einzufordern versucht, inklusive Koordination und Kooperation. Es ist auch Bereitschaft vorhanden, sich den fachlichen Forderungen zu stellen, auch zu reflektieren, was man bislang falsch gemacht hat; und die Bereitschaft, Kooperation und Koordination weiterzuentwickeln, ist unbestritten. Ein Problem allerdings, welches wir fachpolitisch durchdiskutieren müssen, ist die Art und Weise, wie Koordination und Kooperation letztlich verwirklicht werden sollen.

Ich will versuchen, das historisch abzugrenzen. Herr Kukla hat gestern gesagt, daß Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik ganz erheblich durch Anreiz-Programme des Bundes, der Länder etc. geschaffen worden ist. Gemeindepsychiatrie ist in der Bundesrepublik aber auch dadurch zustande gekommen, und es war eine notwendige Voraussetzung dafür, daß es ganz unten Initiativenträger gab, die sich gegen den Widerstand derjenigen, denen jetzt nach Ihren Vorschlägen die Koordinationsaufgaben zugesprochen werden sollen, dafür eingesetzt haben, daß Hilfen, insbesondere auch für chronisch psychisch kranke Menschen entstehen. Das war häufig ein gemeinsamer Prozeß des miteinander von ganz oben und von ganz unten und nach langen Jahren der Auseinandersetzung mit beiden Ebenen sind im kommunalen Kontext solche relativ erfolgreichen Gebilde entstanden, wie wir sie heute haben. Es ist also nicht von ungefähr, daß die freie Wohlfahrtspflege den kommunalen Bereich nicht von vornherein als einen einschätzt, der voll und ganz nur den Interessen der psychisch Kranken zugedacht wäre. Und wenn der Eindruck entstehen muß, daß alles, was dort im Bereich der sozialpsychiatrischen Dienste gemacht wird und gemacht werden soll, prinzipiell gut ist, so wird diese Sicht sicherlich nicht geteilt; ich halte sie für etwas idealistisch. Wir sind also aufmerksam und sehen auch, daß aufgrund verschiedener Faktoren – da spielt Geld eine Rolle, aber auch, daß es einem Politiker schwerfällt, sich mit Psychiatrie zu profilieren – die Widerstände auf kommunaler Ebene noch ganz erheblich sind, der Gemeindepsychiatrie zum Durchbruch zu verhelfen. Ich sehe durchaus die Entwicklung zum Besseren, die es gegeben hat, aber die Situation ist weiß Gott nicht so, daß wir meinen, der Stand sei erreicht, wo wir nun alle Verantwortung abgeben könnten. So zumindest die Position vieler Vertreter der Diakonie. Wir wollen koordinieren und kooperieren, unsere Angebote abstimmen, bitten aber darum, daß das, was vorher gelaufen ist an Initiative, an bürgerlichem Engagement, was ja Gemeindepsychiatrie letztlich zu dem gemacht hat, was sie heute ist, daß das erhalten bleibt. Daher unsere Sorge gegenüber der politischen Forderung nach Steuerungs- und Planungshoheiten der Kommune.

Ein anderer Punkt, über den wir im Zusammenhang mit Kooperation und Koordination reden und der uns im Moment in unserer Stellungnahme zu Ihren Empfehlungen sehr beschäftigt, ist die Überlegung, daß wir die Wahrung der Patientenrechte, der Bürgerrechte, etwas stärker diskutieren sollten. Das ist für uns sehr wichtig. Wir sehen im Empfehlungsband sehr viele wichtige Hinweise auf das Nebeneinander in der Versorgung, auf Konkurrenz und Doppelläufigkeiten und finden Vorschläge, dieses zu verhindern, eine funktionale Versorgung herzustellen. Wenige Hinweise gab es allerdings in die andere Richtung: Wie weit darf es, soll es noch gehen mit dieser Funktionalität, mit den Fallbesprechungen zwischen verschiedensten Diensten, wie sie auch heute in den Raum gestellt worden sind? Unsere Aufgabe als Diakonisches Werk ist auch, diesen Aspekt zu betonen, denn in der Tradition der Gemeindepsychiatrie sind solche Fragen bislang noch weitgehend ausgeklammert geblieben.

Bauer: Herr Luithlen, Sie haben recht: wenn man auf die kommunale Ebene heruntergeht, kann man in der Tat sehr viel schneller Dinge in Gang setzen, als wenn man wartet, daß auf Landes- oder auf Bundesebene etwas in Gang kommt, wie wichtig das auch auf den anderen beiden Ebenen jeweils ist.

Zu Ihrer Frage nach der Einbindung niedergelassener Nervenärzte in Offenbach. Die Alten sterben aus, die Jungen wachsen nach, und die Jungen sind verständnisvoller als die Alten, weil sie bereits während ihrer Weiterbildungszeit in der Klinik andere Erfahrungen gemacht haben. In der konkreten Situation in Offenbach ist das zum Beispiel daran zu erkennen, daß sich inzwischen zwei Kolleginnen niedergelassen haben, die ihre Ausbildung zum Facharzt in der Klinik gemacht haben. Die sind natürlich mit der gesamten Situation in der Klinik vertraut, wissen auch, welche Schleichwege und welche Grauzonen es dort gibt, und die werden das, was an ambulanten Leistungen an der Klinik erbracht wird, mit Sicherheit nicht torpedieren, weil es sie entlastet. Es gibt einige andere Kollegen, mit denen man sich gegenseitig toleriert.

Die Frage der Konkurrenz zwischen Institutsambulanz und niedergelassenen Ärzten – da ist noch viel Luft drin, insbesondere auch, wenn man die Nervenarztstudie vor dem Hintergrund betrachtet, daß ein großer Teil schwer psychisch Kranker in hausärztlicher Behandlung und gar nicht in fachärztlicher Behandlung ist. Sicherlich wird es im Laufe der Zeit eine Verschiebung zum Gebietsarzt in dem Maße geben, wie Gebietsärzte produziert werden. Aber bei dreieinhalbtausend Nervenärzten, also 1 auf 16000 Einwohner, schon von Überbesetzung zu sprechen, halte ich für übertrieben. Da müßte man auch einmal genau hinsehen: da sind alle Krankenhauschefs mit Beteiligungs- oder Ermächtigungs-Ambulanzen mit drin, da sind -zig Kolleginnen drin, die noch in der KV-Liste stehen, aber nur drei Psychotherapie-Patienten in der Woche behandeln, und ähnliche Dinge mehr. Und wenn man die Patienten befragt, wieviel Zeit sie denn gern hätten und wieviel Zeit sie tatsächlich von niedergelassenen Nervenärzten bekommen, dann kriegen Sie eine klare Antwort: etwa fünf bis zehn Minuten, und das ist zu wenig – das sagen die Kollegen selbst ja auch. Ich bin deshalb überzeugt, daß man auch die nächsten 10 bis 20 Jahre noch gut miteinander bzw. nebeneinander leben kann, auch dann, wenn sich zunehmend mehr Psychiater niederlassen und jedes Psychiatrische Krankenhaus und jede Psyhiatrische Abteilung eine Institutsambulanz haben sollte.

Kulenkampff: Meine Damen und Herren, bevor wir Schluß machen, möchte ich die gestern angeregte Resolution der Tagungsteilnehmer zur Abstimmung stellen. Herr Kruckenberg wird den Text noch einmal vortragen.

Schluß-Resolution

Die Not der psychisch Kranken – eine Schande für die Bundesrepublik

200 Fachleute aus Kommunalverwaltung, Landesministerien sowie der Psychiatrie haben bei einer Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE am 22. und 23. Juni 1989 in Bonn Erfolge und Probleme beim Aufbau gemeindepsychiatrischer Hilfssysteme diskutiert – Vertreter von Bundesministerien waren als Beobachter anwesend. Die Teilnehmer haben zum Abschluß folgenden Aufruf verabschiedet:

Auch psychisch Langzeitkranke mit schweren Beeinträchtigungen können ein weitgehend normales Leben außerhalb von Anstalten in ihren Gemeinden führen, wenn ihnen vor Ort die notwendigen begleitenden Hilfen gegeben werden. Immer mehr Kreise und Städte bemühen sich erfolgreich um den Aufbau ambulanter Dienste sowie beschützender Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Förderung von Nachbarschafts-, Laien- und Selbsthilfe spielt dabei eine entscheidende Rolle. Grundlage dieser gemeindepsychiatrischen Hilfen ist eine verbindliche Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Vor dem Hintergrund des heute in einigen Regionen bereits erreichten vorbildlichen Niveaus ist es beschämend, daß nach Feststellung der Expertenkommission der Bundesregierung die gesundheitliche, soziale und materielle Lage von über 500 000 Langzeitkranken noch immer als katastrophal bezeichnet werden muß. Dies kann in einem der reichsten Länder der Welt nicht hingenommen werden.

Trotz fachlich besserer Hilfsmöglichkeiten verschlechtert sich gegenwärtig die ohnehin schon hoffnungslose Lage der psychisch Langzeitkranken. Sie sind bereits seit Jahren aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und haben jetzt kaum noch die Chance, in ihren Heimatorten Wohnungen zu finden. Viele müssen daher länger als notwendig in Anstalten festgehalten werden. Zunehmend werden psychisch Kranke in die Obdachlosigkeit gestoßen.

Wir appellieren an die gesamte Gesellschaft, insbesondere aber an die politisch Verantwortlichen, seelisch leidende Mitbürger nicht länger aus allen Lebensbezügen auszugrenzen, sondern ihre Grundrechte auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, körperliche Unversehrtheit, Obdach und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft endlich zu verwirklichen. Wir fordern vor allem:

1. Das Engagement der Kreise und Städte, sowie der freien Wohlfahrtsverbände zur Übernahme der Verantwortung für diese vernachlässigten Bürger muß überall wachsen und gefördert werden.

2. Die für die Gesundheitspolitik primär verantwortlichen Länder müssen den Kommunen die notwendigen Mittel zur Verfügung stellen, wie es einige Länder und Stadtstaaten bereits praktizieren.
3. Der Bund muß durch klare Gesetzesregelungen die Grundlage dafür verbessern, daß Sozialversicherung und öffentliche Hand endlich die notwendigen Leistungen verbessern.
4. Beim Fortgang der Reform müssen zudem Mittel umverteilt werden. Die Großkrankenhäuser sind zügig weiter zu verkleinern, ihre Aufgaben sind auf Kliniken und ärztliche Dienste in den Gemeinden zu verlagern.

Die Expertenkommission zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform hat der Bundesregierung und der Öffentlichkeit richtungsweisende und praktikable Empfehlungen zur Umsetzung der Leitlinien der Psychiatrie-Enquête von 1975 vorgelegt.

In jeder Kommune – d. h. in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt – ist umgehend ein Gemeindepsychiatrischer Verbund einzurichten und auszubauen. Der Gemeindepsychiatrische Verbund integriert einen aufsuchend-ambulanten Dienst, eine Kontaktstelle und Tagesstätte sowie Hilfen bei der beruflichen Eingliederung und Betreuung im Wohnbereich.

Die Bundesregierung hat es versäumt, im Gesundheitsreformgesetz die notwendigen Rahmenbedingungen für eine ausreichende Finanzierung sämtlicher ambulanter Funktionen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zu schaffen, trotz einvernehmlicher Vorschläge der Bundesländer. Es muß von Bundesregierung und Bundesländern erwartet werden, daß dieses Versäumnis noch in dieser Legislaturperiode wettgemacht wird.

Unabhängig davon müssen in jeder Kommune von den Trägern und Leistungsträgern, insbesondere den Krankenkassen, alle rechtlich gegebenen Möglichkeiten genutzt werden, den Gemeindepsychiatrischen Verbund schon jetzt soweit irgend möglich zu verwirklichen. Die Not der Betroffenen und ihrer Familien duldet keinen weiteren Aufschub.

Kulenkampff: Die Vertreter der Ministerien werden dieser Resolution selbstverständlich nicht in ihrer offiziellen Funktion zustimmen können.

Ich bitte um Handzeichen. – Ich stelle fest, daß die vorgetragene Resolution von der übergroßen Mehrheit der Anwesenden getragen wird. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wird die Resolution in den nächsten Tagen in Form einer Pressemitteilung an die Öffentlichkeit geben.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen für Ihr Interesse und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

Autoren und Moderatoren

Prof. Dr. M. BAUER, Leiter der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach

Dr. H. BERGER, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach

H. BERTLING, Stellvertretender Vorsitzender des „Regenbogen – Verein zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung e. V.", Duisburg

K. GABRIEL, Beigeordneter der Stadt Essen, Dezernent für Gesundheit, Sport und Grünflächen

H. HÖLZKE, Diplompsychologe, Wohnhaus Jüthornstraße, Hamburg-Eilbek

Landesrat R. KUKLA, Gesundheitsderzernent, Landschaftsverband Rheinland, Köln

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, ehem. Geschäftsführer des Vorstandes der Expertenkommission, Lübeck

Dr. H. LORENZEN, Leiter der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus Eilbek, Hamburg

St. KAROLUS, Kreisverwaltungsdirektor, Sozialdezernent, Landratsamt Ortenaukreis, Offenburg

W. PICARD, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

PD Dr. B. VOGES, Leiter der Abteilung Gemeindepsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

K. D. VOSS, Dezernatsleiter beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

J. WÄCKEN, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Hamburg

H. WIESLER, Kreisverwaltungsrat, Landratsamt Ortenaukreis, Offenburg

Diskussionsteilnehmer

Dr. K. BECKER, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialpsychiatrischer Dienst, Friedberg

H. BRANDT, Referent, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Bonn

Dr. W. CREFELD, Psychiater, Bochum

Dr. H. G. DAHMEN, Arzt, Gesundheitsamt des Kreises Ammerland, Westerstede

Dr. S. DOMSCHEIT, Fortbildungsdozent, Verband Evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte, Münster

Prof. Dr. A. DREES, Leiter der Klinik für Psychiatrie der Städtischen Kliniken Duisburg 14

P. L. EISENBERG, Dipl.-Soz.Arb., Stadtgesundheitsamt Kassel

Frau I. GAERTNER, Landesdirektorin, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

H. GROSS, Dipl.-Soz.Päd., Gesundheitsamt Ludwigsburg

Frau Dr. Chr. HAUSMANN, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg

Dr. U. HOFFMANN, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. P. KRUCKENBERG, Direktor der Psychiatrischen Klinik I, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost

PD Dr. H. KUNZE, Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Emstal

E. LUITHLEN, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

H. MENGERS, Amt für Wohlfahrt und Sozialhilfe des Landes Schleswig-Holstein, Kiel

Dr. H. MEYER, Dipl.-Psych., Psychiatriereferent des Landes Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Düsseldorf

Frau Dr. Chr. REDEL, Psychiatriereferentin, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn

L. REISIG, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrisches Krankenhaus, Herborn

A. SCHWENDY, Psychiatriereferent am Gesundheitsamt der Stadt Köln

Frau Dr. H. STEEN, Medizinaldirektorin, Gesundheitsamt Delmenhorst

Dr. W. STUMME, Psychiatriereferent, Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden

Frau U. ULLRICH, Ärztin, Sozialpsychiatrischer Dienst, Dortmund

H. WÜLLNER, Geschäftsführer, Caritasverband Fulda

Übersicht über die Informationstagungen und Veröffentlichungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE seit Übergabe der Psychiatrie-Enquête 1975

1. **Gemeindenahe Psychiatrie**
   am 27. 10. 1975 in Stuttgart
2. **Gemeindenahe Psychiatrie**
   am 8. und 9. 11. 1975 in Mannheim
3. **Gemeindenahe Psychiatrie**
   am 27. 11. 1975 in Köln-Merheim
   zu 1 - 3 : **Tagungsbericht Band 1**
4. **Gemeindenahe Psychiatrie**
   am 5. und 6. 3. 1976 in Berlin
5. **Was nun nach der Psychiatrie-Enquête?**
   Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
   am 18. und 19. 11. 1976 in Frankfurt
6. **Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquête unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter**
   am 2. und 3. 12. 1976 in München
7. **Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich**
   am 24. und 25. 6. 1977 in Loccum
8. **Rechtsprobleme in der Psychiatrie**
   am 7. 10. 1977 in Hamburg
   dazu: **Tagungsbericht Band 2**
9. **Die Psychiatrie-Enquête in internationaler Sicht**
   am 1. und 2. 6. 1978 in Bonn
   dazu: **Tagungsbericht Band 3**
10. Gemeindenahe **Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?**
    am 14. und 15. 11. 1978 in Hannover/Wunstorf
11. **Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter**
    am 27. und 28. 9. 1979 in Bonn
    dazu: **Tagungsbericht Band 4**
12. **Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD - fünf Jahre nach der Enquête**
    am 23. 11. 1979 in Mannheim
    dazu: **Tagungsbericht Band 5**
13. Informationsveranstaltung zum **Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung** am 31. 1. 1980
14. **Ambulante Dienste in der Psychiatrie**
    am 13. und 14. 6. 1980 in Hannover
    dazu: **Tagungsbericht Band 6**
15. **Drogenabhängigkeit und Alkoholismus**
    am 6. und 7. 11. 1980 in Mannheim
    dazu: **Tagungsbericht Band 7**

16. **Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie**
am 25. und 26. 6. 1981 in Bonn
dazu: Sonderdruck **Modellprogramme des Bundes und der Länder - Kritische Übersicht**
17. **Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter**
am 19. 11. 1982 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 8**
18. **Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung**
am 2. und 3. 12. 1982 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 9**
19. **Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**
am 10. und 11. 11. 1983 in Offenbach
dazu: **Tagungsbericht Band 10**
20. **Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten**
am 6. und 7. 7. 1984 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 11**
21. **Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Bestandsaufnahme**
am 18. und 19. 10. 1984 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 12**
22. **Psychiatrie in der Gemeinde - die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts**
am 5. und 6. 12. 1984 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 13**
23. **Notfallpsychiatrie und Krisenintervention**
am 15. und 16. 5. 1986 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 14**
24. **Die therapeutische Arbeit psychiatrischer Abteilungen**
am 23./24. und 25. 10. 1986 in Kassel
dazu: **Tagungsbericht Band 17** (in Vorbereitung)
25. **Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker - Ein internationaler Vergleich**
am 27. und 28. 11. 1986 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 15**
26. **"Leben die Bücher bald?" (F. Hölderlin) - Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission und seine Umsetzungsmöglichkeiten in der Gemeinde**
am 22. und 23. 6. 1989 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 16**
27. **Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung - von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen**
am 20. und 21. 6. 1990 in Emstal
dazu: **Tagungsbericht Band 18** (in Vorbereitung)

Von 1975 bis 1982 wurden diese Projekte von der BZgA gefördert, seit 1983 vom BMJFFG.
Die Tagungsberichte sind kostenlos bei der Geschäftsstelle Aktion Psychisch Kranke, Graurheindorfer Str. 15, 5300 Bonn 1 erhältlich.