

Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten
der Versorgung psychisch Kranker und
Behinderter

Herausgegeben von

Walter Ricard

Fritz Reimer

AKTION PSYCHISCH KRANKE

ARBEITSKREIS DER ÄRZTLICHEN LEITER
öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser
und Abteilungen in der Bundesrepublik

Tagungsberichte

Band 19

Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR

Tagungsbericht

Berlin, 29. 11. - 1. 12. 1990

Herausgegeben von Walter Ricard
Fritz Reimer
AKTION PSYCHISCH KRANKE
ARBEITSKREIS DER ÄRZTLICHEN LEITER
öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser und
Abteilungen in der Bundesrepublik

Tagungsberichte
Band 19

1992

Rheinland-Verlag GmbH • Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH • Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© 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/Birgit Meiners

Gestaltung: Norbert Radtke

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln

Gesamtherstellung: ICS Kommunikations-Service GmbH,
Bergisch Gladbach

ISBN 3-7927-1260-1

Inhaltsverzeichnis

- Vorwort	7
- Grußworte: der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.	8
des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde	9
I. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Überblick	13
- <i>Caspar Kulenkampff</i> Die Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik von der Psychiatrie-Enquete bis zu den Empfehlungen der Expertenkommission	15
- <i>Otto Bach</i> Entwicklung und Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf dem Gebiet der ehemaligen DDR	25
- <i>Fritz Reimer</i> Beitrag und Rolle der Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik zur Entwicklung der Versorgung in den vergangenen zwei Jahrzehnten	31
- <i>Bernd Nickel</i> Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben der Psychiatrischen Krankenhäuser auf dem Gebiet der ehemaligen DDR	36
II. Die klinisch-stationäre Versorgung	41
- <i>Heinrich Kunze</i> Funktionswandel Psychiatrischer Krankenhäuser im Versorgungssystem und das Problem der sogenannten Enthospitalisierung	43
- <i>Manfred Bauer</i> Die Bedeutung Psychiatrischer Abteilungen an Allgemein- krankenhäusern in der Versorgung	57
- <i>Eduard Willis</i> Der Aufbau regionaler Versorgungsbezüge von einem Psychiatrischen Krankenhaus aus: Strukturelle und organisatorische Erfordernisse	69

- <i>Tilo Degenhardt</i> Die Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte in der ehemaligen DDR	75
- <i>Gerd Hoffmann</i> Die rechtlichen Grundlagen der stationären Versorgung	81
- <i>Rainer Kukla</i> Die Entwicklung und Planung der psychiatrischen Versorgung aus Sicht eines Trägers Psychiatrischer Landeskrankenhäuser	91
III. Die ambulante Versorgung	99
- <i>Johannes Meyer-Lindenberg</i> † Die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik durch niedergelassene Nervenärzte	101
- <i>Heike Berger</i> Die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durch poliklinische Einrichtungen und Psychiatrische Beratungsstellen in der ehemaligen DDR.	108
- <i>Michel Heinrich</i> Die Aufgaben des niedergelassenen Nervenarztes in der Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Versorgungseinrichtungen	116
- <i>Peter Kruckenberg</i> Der Aufbau einer integrierten regionalen „Vollversorgung“ in einer Großstadt und die Konzeption eines „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ nach den Vorstellungen der Expertenkommission	125
- <i>Karl-Dieter Voß</i> Finanzierungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung	145
- <i>Peter Mrozynski</i> Das Bundessozialhilfegesetz als Ausfallbürge in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	154
Anhang	
- <i>Ulrich Trenckmann</i> Zwei Psychiatrien in einem Land? Gemeinsames und Trennendes in der psychiatrischen Kultur in Deutschland-West und Deutschland-Ost	169
- <i>Herbert Loos</i> „Anerkannte Unterordnung“ - ein Rückblick auf die Psychiatrie- Entwicklung in der DDR	174
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	181

Vorwort

Der vorliegende Bericht vermittelt nur unvollkommen die außergewöhnliche Atmosphäre während der Berliner Tagung wenige Wochen nach der Wiedervereinigung, gefördert von der Bundesregierung, gemeinsam veranstaltet vom ARBEITSKREIS DER ÄRZTLICHEN LEITER öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen in der Bundesrepublik und der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Vom 29. November bis 1. Dezember 1990 trafen sich erstmals Fachleute aus der Psychiatrie in einem offiziellen Rahmen, um die unterschiedlichen Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern zur Sprache zu bringen. Angesichts der Vielschichtigkeit der Fakten konnte der Versuch eines Vergleiches zwischen Ost und West nur in erster Annäherung zu Einsichten führen. Zudem geriet im Hinblick auf die vorgegebenen Tatsachen des Einigungsvertrages und des grundgesetzlichen Auftrages zur Wahrung einheitlicher Lebensverhältnisse im Bundesgebiet die gegenwärtige Lage der Psychiatriereform einschließlich der damit zusammenhängenden relevanten Sozialgesetzgebung in den alten Bundesländern notgedrungen in den Vordergrund.

Ausgedehnte - aus technischen Gründen leider nicht dokumentierte - Diskussionen in einem vielköpfigen Plenum verliefen sehr lebhaft, zum Teil, wie zu erwarten, spannungsreich. Das gleiche gilt für die drei Arbeitsgruppen über strukturelle Fragen des psychiatrischen Versorgungssystems, Finanzierung psychiatrischer Einrichtungen einschließlich rechtlicher Grundlagen und Problematik der Vergangenheitsbewältigung in der Psychiatrie der ehemaligen DDR. Ad hoc berichteten Dr. Michael Seidel und Dr. Sonja Schröter von Untersuchungsergebnissen über die Vorgänge in der psychiatrischen Klinik Waldheim.

Den besonderen Umständen entsprechend sind die abgedruckten Vorträge ihrem Inhalt nach heterogen. Sie fügen sich auch nicht durchgängig in die traditionelle Linie vom Enquete-Bericht bis zum Bericht der Expertenkommission. Die Herausgeber sehen in der bunten Vielfalt der Beiträge durchaus positiv die bruchstückhafte Spiegelung eines wohl einmaligen psychiatriegeschichtlichen Ereignisses. Sie hoffen überdies, daß sich der vorliegende Tagungsband auf die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung besonders in den neuen Bundesländern anregend auswirken wird.

Bonn, im Februar 1992

Die Herausgeber

Grußwort der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit,

Ursula Lehr

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zu Ihrer Tagung „Grunddaten und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter“ übersende ich Ihnen die Grüße der Bundesregierung.

Die psychiatrische Versorgung hat in den alten Bundesländern durch den Reformimpuls der Psychiatrie-Enquete in den frühen 70er Jahren eine deutliche Wandlung erfahren, die durch den Hauptgedanken geprägt war, von einer verwahrenden zu einer behandelnden-rehabilitativen Psychiatrie zu gelangen. Auch wenn die Verbesserung psychiatrischer Versorgung noch geprägt ist durch deutliche regionale Unterschiede, sind doch die vier Grundprinzipien der Psychiatrie-Enquete

- gemeindenahe Versorgung,
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
- bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste,
- Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

zum festen Bestandteil der Gestaltung und Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung geworden.

Für die notwendige Entwicklung einer modernen Psychiatrie in den neuen fünf Bundesländern gelten ebenso die aus der Psychiatrie-Enquete unter Auswertung der Modellprogramme erarbeiteten Grundsätze, die es in die neu zu gestaltende Versorgung einzubringen gilt.

Diese Tagung soll dazu beitragen, den notwendigen Umstrukturierungsprozeß zu unterstützen, indem sie den Informationsaustausch über die Zielsetzungen der Psychiatrie-Reform und die Erfahrungen über die Umsetzung, die in den letzten fünfzehn Jahren in den alten Bundesländern gewonnen werden konnten, fördern soll. Von besonderer Wichtigkeit für den Umstrukturierungsprozeß sind Kenntnisse über die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen in unserem gegliederten System des Gesundheitswesens sowie der Austausch von Erfahrungen über die Kompatibilität mit den besonderen Strukturen in den fünf neuen Bundesländern, die sich für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bewährt haben.

Ich darf Ihnen zu diesem Erfahrungsaustausch, dem diese Tagung dienen soll, viel Erfolg wünschen, der direkt den psychisch Kranken und Behinderten zugute kommen möge, aber auch dem Zusammenfinden und der Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen in den neuen und alten Bundesländern.

Grußwort des Präsidenten der DGPN

Johannes Meyer-Lindenberg f

Eine derartige, weitgehend Pluralismus in der deutschen Psychiatrie dokumentierende Veranstaltung hat aus Sicht der DGPN - die ja wesentlich von der „Bundesdirektorenkonferenz“ mitgetragen wird - und des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte Seltenheitswert. Wir erkennen in der Tatsache, nun doch „Dabeisein zu können“, gerade von Seiten der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine sachbezogene, integrative Tendenz. Vor allem die anstehenden, die Psychiatrie und die Nervenheilkunde betreffenden Probleme der BRD nach dem 3. Oktober, besonders aber die in den fünf östlichen Ländern, konnten nicht nach dem Schema vergangener Erhebungen dirigistischer Plankonzeptionen gelöst werden. Hier bedürfte es schon auf der Ebene der Datenerhebungen und der Primäranalysen, gerade für den Bereich der ambulanten, gemeindenahen Psychiatrie der Expertenmitarbeit von qualifizierten Praktikern und der kompetenten Unterstützung, vor allem aus dem Bereich der Wissenschaftlichen Gesellschaften, hier der epidemiologischen Psychiatrie. Es ist zu begrüßen, daß dies nach unserer Intervention möglich geworden ist, erfreulich wäre es, wenn derlei in Zukunft gar nicht mehr nötig wäre, viel unnötiger und zeitraubender Reibungsverlust wäre dann vermeidbar.

Bei den Begegnungen mit zahlreichen Fachkollegen in und aus dem ehemaligen DDR-Bereich, aber auch schon mit einigen Patienten aus diesen Gebieten in letzter Zeit, wird immer deutlicher, wie wichtig gerade jetzt eine effiziente Psychiatrie dort ist, die in allen Ebenen primär den hilfeschreitenden Kranken zugute kommt. Es geht aber auch in einem erweiterten psychosozialen Sinne darum, einen geeigneten Weg zu finden, wie die Wiedereingliederung eines Teils unserer Bevölkerung ohne weitere Traumatisierungen gestaltet werden kann, dies alles auf dem Hintergrund der ja zweifellos in einem hohen Maße destabilisierten psychischen Allgemeinverfassung. Auch wir sollten angesichts unserer stigmatisierenden gemeinsamen Geschichte bis 1945 mit Merkmalen wie jenen einer ideologischen Zwangsjacke, der Bspitzelung und der verfestigenden Abschottung nicht vergessen, daß eine weit überwiegende Mehrzahl unserer Mitbürger Mitläufer, wenn nicht Täter waren. Opportunismus, Mißtrauen, Arbeitsstörungen, Suchttendenzen, Antriebsstörungen sowie ein moralischer Verfall sind nicht systemimmanent. Daraus wirkten sich dann damals wie vor kurzem Folter-, Schießbefehle, Inhaftierung und Ausbürgerung sowie Repressalien, Drangsal, Beschimpfungen, Nötigung, Einschüchterung und immer mehr Ängste in einem Staat der Gewalt, wie dies Hans-Joachim Maaz ausdrückte, aus. Dies aber über 40 Jahre alles systemisch wieder „ertragen“ zu müssen, muß psychiatrisch-psychotherapeutische Symptome und Syndrome hinterlassen haben, für deren „Aufarbeitung“ eine „repressive Medizin“ kaum geeignet war. Aber es sind jetzt auch die psychiatrisch relevanten Folgen der Wende mit einer weiteren Verunsicherung, mit

dem plötzlichen Verlust, mit allem, was man „wenigstens“ hatte, z. B. den gesicherten Arbeitsplatz, mit unserer freiheitlichen „Reizüberflutung“, um die wir uns nun ad personam kümmern müssen. Ängste unterschiedlicher Art und aktivierte neurotische Symptome treten immer häufiger auf, sie sind mit dem globalen „Pharmakon“ der DM nicht behandelbar, es bedarf vor allem einer Verstärkung der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Das persönliche Engagement qualifizierter Psychiater bzw. Psychotherapeuten ist hier mehr denn je gefordert. Ob dies unbedingt in den bestehenden Ambulatorien stattfinden kann, muß sehr genau diskutiert werden, dort wirkt sich bestimmt auch die Frage der „Abwanderung“ vieler Kollegen aus. Inwieweit immer die Patienten von demselben Arzt betreut werden - ein eminent wichtiger Faktor der Therapie -, muß gleichwohl gesichert sein. Schließlich ist zu klären, wie der „primäre Zugang“ zu dem Psychiater geregelt ist, ob nicht doch, wie berichtet wird, eher bei einem psychiatrisch ungebildeten Personal oder bei psychiatriekundigen Nicht-Nervenärzten Patienten „hängen bleiben“. Oder wie dies Manfred Bleuler ausdrückte:

Niemand, der Psychiater, der Arzt ist, kann psychische und körperliche Störungen sowohl im einzelnen wie auch im Zusammenwirken und als „Einheit verstehen“, in anderen Worten: Wissenschaftliche und praktische Psychiatrie bedarf heute des bio-psychozialen Zuganges; nur dadurch ist sie handlungsorientiert, patientenbezogen und gemeindenah. Besonders auf dem Hintergrund der wachsenden Zahl chronischer Behinderungen, der Krankheitszunahme und Nöte, die sich aus unserer „streßvollen“ Welt in der „Neuen“ BRD ergeben, der schwierigsten Adaptation west-östlicher Lebensbedingungen und der rasanten, epidemiologischen Entwicklung, die in einer qualifizierten Gerontopsychiatrie präventiv, aber immer deutlicher effektiv und praktisch gerade im ambulanten Bereich zu subsumieren ist. Dieser psychosozial wichtige Wandlungsprozeß erfordert von den verantwortlichen Politikern, der durch entsprechende Hilfsmaßnahmen zu de-stigmatisierenden Psychiatrie einen wesentlich verbesserten Stellenwert im Prioritätenkatalog medizinischer Leistungsbereitschaft einzuräumen. Dies gilt nicht nur im stabilisierenden juristischen Umfeld, sondern auch generell im gesellschaftspolitischen und vor allem im materiell zu fördernden Umfeld; war und ist auch das Ziel aller Psychiatriereformen die Rückführung der Patienten in ihre natürliche, nachbarschaftliche Umgebung. Die Einstellung zur Psychiatrie von seiten der politisch Verantwortlichen zeigt sich sowohl in der wirtschaftlichen Investitionsbereitschaft in ambulante, klinische und wissenschaftliche Projekte als auch in den administrativen und gesetzlichen Maßnahmen, die zur Effizienzsteigerung der Behandlung psychisch Kranker ergriffen werden.

Es gilt nun, in einem geeigneten Raum dem einzelnen Patienten oder freiwillig sich zusammenfassenden Gruppen nach Möglichkeit ein problembezogenes Umfeld tragfähiger therapeutischer Beziehungen bzw. Netze aufzubauen, damit sich allmählich Vertrauen aufbauen kann, entsprechend dessen sich das „Mißtrauen“ vor den (systemkonformen) „Institutionen“ verringern läßt. Nur so wird die pessimistische Prognose über die psychohygienische Zukunft

der Bevölkerung in der neuen Bundesrepublik speziell in den Ostländern zu relativieren sein, wonach all das, wofür die Opposition in der DDR vor dem 9. 11. 1989 kämpfte, jetzt schon von der depressiven Kraft des DM-Pharmakons weggesaugt bzw. gekauft sei, die eigene Identität, das Zerbrechliche, das, was leben, lernen und gesund werden wollte, überrollt worden sei (Hinrich). Hier sind wir, die glücklicheren Neuropsychiater im Westen, besonders gefordert zu helfen, und zwar auf allen Ebenen unserer wissenschaftlichen Gesellschaft und darüber hinaus in Kooperation mit allen jenen Gruppierungen, die nunmehr die „Stiftung für psychisch Kranke“ ausmachen. Hoffentlich gelingt es uns bald und mit Hilfe der Ergebnisse dieser Tagung, hierfür kompetente und qualifizierte Hilfestellungen zu erwirken.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen einen guten, erfolgreichen Verlauf dieser ersten gesamtdeutschen Tagung im Interesse der von uns allen gemeinsam zu betreuenden psychisch Kranken und Behinderten in der Bundesrepublik. Ich bitte Sie auch, mein Fernbleiben zu entschuldigen, nur zu gerne wäre ich lieber bei Ihnen und nicht in den Händen strenger Onkologen.

Teil I
Die Entwicklung der psychiatrischen
Versorgung im Überblick

Die Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik von der Psychiatrie-Enquete bis zu den Empfehlungen der Expertenkommission

Caspar Kulenkampff

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges haben nahezu alle entwickelten Länder ihre Systeme der psychiatrischen Versorgung kritisch überdacht und Reformpläne aufgestellt. Wesentlicher Anlaß hierzu war im Grunde überall der gleiche: Die katastrophalen, zum Teil menschenunwürdigen Verhältnisse in zunehmend überfüllten, meist gemeindefernen psychiatrischen Großeinrichtungen. Zu erinnern wäre etwa an die öffentliche Empörung über die Zustände in amerikanischen psychiatrischen Riesenkrankenhäusern mit 12 000 bis 15 000 Patienten, welche 1955 zur Berufung einer Joint Commission führte, deren Untersuchungsergebnisse und Empfehlungen Präsident KENNEDY 1963 veranlaßten, das Programm der Community Mental Health Center auf den Weg zu bringen. Will man eine zeitliche Markierung vornehmen, könnte man 1955 an den Anfang setzen. Dann läge im Jahre 1979 das bislang letzte Ereignis dieser Art. 1979 beschloß nämlich der Wiener Gemeinderat den Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung. Allerdings ist in den rund 35 Jahren der weltweit in Gang gekommene Reformprozeß keineswegs abgeschlossen worden. Er kann vorerst gar nicht an sein Ende gekommen sein, weil sich mit den einzelnen Reformschritten - wie bei fast allen Planungen - unvorhergesehene oder zum Teil auch in Kauf genommene Schwierigkeiten und Abweichungen zeigten, deren Bedeutung erst langsam ins Bewußtsein drang und zu Konsequenzen führte. Ich meine hiermit vor allem die Entlassungsstrategie großer psychiatrischer Krankenhäuser zu Lasten der chronisch psychisch Kranken. Es wurde allseits modern und erwartet, die Krankenhausbetten zu reduzieren. So trennte man sich zuerst und am leichtesten von jenen chronisch psychisch Kranken, die auf den Stationen sitzengeblieben waren und mit denen man nichts Rechtes anzufangen wußte. Das geschah weitgehend ohne gleichzeitige bedarfsgerechte Ausweitung oder überhaupt erst Einrichtung alternativer Dienste in den Gemeinden. Eigentlich überall sind - natürlich in regional sehr unterschiedlicher Ausprägung - diese mißlichen Resultate eines schlecht gesteuerten Reformprozesses vorzufinden; vielleicht mit Ausnahme der Wiener Reform, deren Betreiber als bislang letztes Ende der Kette offensichtlich aus den Fehlern der Vorgänger ihre Lehre gezogen hatten. Auch wir hier in der Bundesrepublik bleiben von diesem Problem keineswegs verschont. Und erst zum Ende der Enquetezeit und verstärkt während der zweiten Phase der Kommissionsarbeit 1980/81 wurde uns klar, daß die deutlichen Verbesserungen der Lage psychisch Kranker, welche sich zweifelsfrei infolge der Psychiatrie-Enquete ergeben haben, weitgehend an der hier gemeinten Gruppe

langfristig psychisch Kranker und Behinderter vorbeigegangen sind -welche Einsicht unter anderem wesentlicher Anlaß für das 1980/81 beginnende Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung wurde. In gewissem Sinne kann man nachträglich sagen, daß die Qualität eines Gesamtsystems psychiatrischer Versorgung wahrscheinlich von der Qualität des Instrumentariums abhängig ist, welches der Versorgung chronisch psychisch Kranker dient.

In den Köpfen derer, die sich in der Bundesrepublik vor Beginn der Enquete über die Notwendigkeit der Reform Gedanken machten, spielten freilich Überlegungen dieser Art gewiß noch keine Rolle. Aus einigen Universitätskliniken wurde Entsprechendes veröffentlicht und auf sozialpsychiatrischem Felde ganz pragmatisch experimentiert. So kehrte Gregor BOSCH nach zweijährigem Aufenthalt in Paris 1960 in die Frankfurter Nervenlinik zurück. Er war mitten in die beginnende Umstrukturierung der Pariser Psychiatrie nach den Prinzipien der Sektorisierung geraten. Das gesamte Spektrum, auf das wir uns heute noch mit wechselndem Erfolg zubewegen, war bereits vorhanden: Homogene Teams, Teambesprechungen, Kontinuität der Therapeuten im Sektor, beflügelt von dem Grundsatz, die Unteilbarkeit von Prävention, klinischer Behandlung und Nachsorge zu verwirklichen. Vorreiterin war die „Association pour la Sante dans le XIII. Arrondissement“ mit den Namen PAUMELLE, LEBOVICI, RACAMIER, DIATKINE verbunden. Wir begannen in Frankfurt sofort, zwei Stationen der Nervenlinik umzustrukturieren, eine Nachtambulanz und eine Tagesambulanz in einer Baracke auf dem Klinikgelände zu eröffnen. Unter Einbeziehung der poliklinischen ambulatorischen Möglichkeiten etablierte sich so eine verhältnismäßig selbständige Sozialpsychiatrische Abteilung mit 65 Betten/Plätzen, Beschäftigungs-Arbeitstherapie, sowie einem homogenen Gesamtteam. Wenig später nahm die Heidelberger Tagesambulanz ihre Arbeit auf. 1964 kommentierte KISKER die Kongreß-Botschaft Kennedys unter dem Titel: „Klinische und gemeinschaftsnahe psychiatrische Behandlungszentren heute und morgen“. 1965 proklamierte HAFNER die psychiatrische Krankenhausversorgung in unserem Lande als „Nationalen Notstand“. 1967 schrieb KISKER seinen Artikel: „Psychiatrie ohne Bett“ und SCHRENK bereits eine Geschichte der Sozialpsychiatrie - dies alles nur exemplarisch in Erinnerung gebracht.

Wenn ich mich recht entsinne, blieb das Echo auf diese Vorgänge und Veröffentlichungen zunächst im wesentlichen auf den Kreis derjenigen beschränkt, die sowieso einer Meinung waren. Es wird auch wohl so gewesen sein, daß sich in den zunehmend aufgeregter werdenden Jahren der Studentenrevolte vieles miteinander vermengte. Indessen dürfte kein Zweifel sein, daß der allgemeine Wirbel wesentlich dazu beigetragen hat, daß vor allem die Psychiatrie der Großkrankenhäuser, 20 Jahre hinter den Mauern versteckt, schließlich ein öffentliches, d. h. politisches Thema wurde. In der Tat - während die Universität über Psychiatrie redete, Denkschriften verfaßte, Symposien abhielt, sich reformatorisch gebärdete, bewegte sich in den Kommunen und im ungleich größeren Bereich der Anstaltspsychiatrie - also dem eigentlichen Versorgungssektor - fast nichts. Die bauliche Überalterung, die abgele-

gene Lage, die unübersehbare Größe und die überall zunehmende Überfüllung hatten zu unverträglichen Verhältnissen geführt. Vor allem mangelte es an qualifiziertem Personal. In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern war damals - alles über alles- ein Facharzt für 112 Betten zuständig. Der Schlüssel für Psychologen lag durchschnittlich bei 1 zu 500, für Beschäftigungstherapeuten bei etwa 1 zu 450; lediglich 120 Sozialarbeiter waren in der gesamten Krankenhauspsychiatrie tätig. Geht man von staatlich anerkannten Pflegekräften aus, kam eine Schwester oder ein Pfleger auf 10 Patienten. In den großen psychiatrischen Krankenhäusern verfügten 41% aller Schlafräume über 4 bis 10 Betten, 10% hatten mehr als 11 Betten. Arbeitstherapie als Basis für eine berufliche Rehabilitation gab es nur in Ansätzen. Vielerorts war sie nicht patientenorientiert, sondern betriebsgelenkt, krankenhauszentriert und ersparte so auf Kosten der Kranken dem Träger Aufwand. Das alles sind freilich nur Schlaglichter auf eine faktisch noch überwiegend verwahrende, mit dem Rücken gegen die Kommune arbeitende Krankenhauspsychiatrie, die den sich allmählich artikulierenden Erfordernissen in ihrer Struktur nicht mehr gewachsen war. Ich glaube, es war KLUGE in Warstein, der damals mit Recht das Schlagwort von der „brutalen Realität“ prägte.

Es ist das Verdienst des damaligen Bundestagsabgeordneten Walter PICARD daß er sich anregen ließ, die Forderungen nach einer längst überfälligen Reform der psychiatrischen Versorgung vor den Deutschen Bundestag zu bringen. Im März 1970 wurde der Antrag im Parlament eingebracht. Es folgten Anhörungen durch den zuständigen Bundestagsausschuß. Sowohl die Leitlinie, welche HAFNER im Oktober 1970 anlässlich des ersten Hearings vortrug, als auch die Resolution, welche kurz darauf während der schon historisch zu nennenden Tagung in der Evangelischen Akademie Loccum nach nächtelangen Debatten einmütig beschlossen wurde, enthalten die wesentlichen Elemente, die dann in die Enquete aufgenommen wurden.

Im gleichen Jahr begann die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde nach dem Nauheimer Kongreß mit der Erarbeitung eines Rahmenplanes, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie konstituierte sich, und im Januar 1971 wurde die Aktion Psychisch Kranke gegründet, welche dann die Geschäftsführung der Enquete-Arbeit im Auftrage der Bundesregierung übernahm. Am 23. Juni 1971 stimmte der Bundestag dem Bericht des zuständigen Ausschusses zu, und am 31. August 1971 wurde die Sachverständigen-Kommission mit zunächst 19 Mitgliedern unter meiner Leitung konstituiert. Nach fast genau vier Jahren, im September 1975, wurde der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen.

Es kann nicht meine Absicht sein, den Inhalt des Enquete-Berichtes hier wiederzugeben. Der globale Forderungskatalog ist überdies bekannt: Entwicklung einer gemeindenahen, bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten in definierten Standard-Versorgungsgebieten; durchgreifende Verkleinerung der großen psychiatrischen Krankenhäuser; damit verbunden: Aus- und Aufbau der komplementären und

ambulanten Dienste für nicht krankenhausbefürchtete psychisch Kranke und Behinderte; Integration der Psychiatrie in die übrige Medizin durch Errichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; Koordination aller Versorgungsdienste und Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Es war wohl allen Mitarbeitern in der Kommission, den Arbeitsgruppen und Expertenteams bewußt, daß hiermit nichts grundsätzlich Neues aus der Taufe gehoben wurde. Der Reformimpuls, eine strukturell ganz unzulängliche, verwahrende in eine wirklich therapeutische und rehabilitative Psychiatrie umzuwandeln, hatte sich international schon seit langem manifestiert. Es ist freilich verhältnismäßig einfach, allgemeine summarische Leitlinien abzufassen. Erst wenn es an die Begründung, die Details, die Formulierung im einzelnen - also ans Eingemachte geht, kommen die widerstreitenden Positionen zum Vorschein. Hinter der Bugwelle des damaligen Reformüberschwanges zeigte sich alsbald ein Ausmaß von Zerstrittenheit, das nur denjenigen noch schmerzlich gegenwärtig sein wird, die damals an wichtiger Stelle mitgearbeitet haben. Der Block der Anstaltspsychiatrie sperrte sich gegen die drohende Beeinträchtigung deren Bestandes. Eine Formulierung, derzufolge es hätte möglich sein können, unter Bedarfsgesichtspunkten ein Landeskrankenhaus zu schließen, war nicht durchsetzbar. Der Kampf um die Modalitäten des Aufbaus psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zog sich über Jahre hin. Die Lobby der niedergelassenen Ärzte wehrte sich heftig gegen den Ausbau multiprofessionell arbeitender ambulanter Dienste - in Sonderheit der Institutsambulanzen, welche allerdings durch Einfügung des damaligen §368 n in die RVO ab 1976 jedenfalls im Prinzip ermöglicht wurden. Die 1982 und 1986 erfolgten Novellierungen gestatteten dann auch die Einbeziehung nichtärztlicher Fachkräfte in die pauschalen Finanzierungen. Die Auseinandersetzung mit der schließlich sehr zahlreichen Gruppe der Psychotherapeuten, welche ein eigenständiges Versorgungssystem beanspruchten, führte mehrfach an den Rand des Scheiterns der gesamten Unternehmung. Kurzum: Aufgabe der Kommission war es, die auf dem Tisch liegenden Reformvorstellungen zu systematisieren und vor allem einen Konsens, die Annäherung scheinbar unvereinbarer Standpunkte zu erreichen.

Das scheint rückblickend einigermaßen gelungen zu sein. Wir selbst waren über die Wirkung der Enquete eher überrascht. Die Beteiligung auch von zahlreichen Therapeuten außerhalb des engeren Kreises der Mitarbeiter in den Institutionen an der Basis trug sicher dazu bei, daß die längst fälligen Veränderungen schon vor Abschluß der Enquete in Gang kamen. In den siebziger Jahren - um nur ein paar Beispiele zu nennen - wurden, meist in Form von Sofortprogrammen, überall erhebliche Mittel investiert, um in den psychiatrischen Krankenhäusern einen vertretbaren Standard zu an sich selbstverständlicher Gewährleistung humaner Grundbedürfnisse herzustellen. Der Empfehlung des Enqueteberichtes, die geistig Behinderten in eigenständig geleitete heilpädagogische Bereiche abzutrennen, ist bei allerdings unterschiedlichen Ausgangslagen im Bundesgebiet nur das Rheinland und Hessen nachgekommen. In anderen Ländern hat man die geistig Behinderten,

wenn sie nicht überhaupt in anderen Institutionen versorgt wurden, zusammengefaßt und in der ärztlichen Leitungskompetenz belassen, aber wohl überall die Mischung etwa chronisch psychisch Kranker mit geistig Behinderten abgeschafft.

Die Reduzierung der Bettenkapazitäten vor allem in den großen psychiatrischen Krankenhäusern durch Herausverlagerung überwiegend chronisch psychisch Kranker in die Kommunen begann bereits 1970/71 und erreichte während der gesamten Laufzeit der Enquete beträchtliche Größenordnungen. Sogleich stieg die Zahl der Zugänge an, während die Verweildauern zwischen 50% und 75% dramatisch abnahmen. Wie bereits erörtert, lief diese radikale Abmagerungskur auch hier häufig zu Lasten chronisch Kranker ab. Einer der Gründe liegt darin, daß die Träger der Krankenhäuser und der komplementären Dienste in den Gemeinden nicht identisch sind, so daß keiner im Zuständigkeitsbereich des anderen etwas zu sagen hat. Es gibt - übrigens bis heute

- in der Regel keine administrative Kraft, welche die dem Bedarf entsprechende und damit patientengerechte Proportion der Kapazitäten zwischen drinnen - auf der Krankenhausseite - und draußen - in den Kommunen

- rechtzeitig und *unmittelbar* durchzusetzen imstande wäre: man bleibt angewiesen auf Fördermaßnahmen - also den goldenen Zügel, Überredungskunst, Vertragsabschlüsse oder kaum wiederholbare Phantasielösungen.

Unterdessen nahm die Zahl der therapeutischen Mitarbeiter sowohl relativ

- durch Abtrennung der Behindertenbereiche - als auch absolut bedeutend zu.

Als Beispiel kann ich Personalschlüssel des Landschaftsverbandes Rheinland 1988 angeben, weil mir diese Zahlen zur Verfügung stehen. Für Ärzte betrug der Schlüssel 1 zu 13,5, für Psychologen 1 zu 40, für Pflegepersonal 1 zu 1,8, für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten 1 zu 21,5 und für Sozialarbeiter 1 zu 45,5. Das bezieht sich auf 9 Psychiatrische Landeskliniken mit insgesamt nur noch rund 7 000 Betten - es waren einmal ungefähr 11 000; Die Reduktion beträgt demnach etwa 36%. Es muß natürlich offenbleiben, ob diese Werte am Ende einer langen Entwicklung für das gesamte alte Gebiet der Bundesrepublik repräsentativ sind; aber sie zeigen doch einen Trend an, der sicher überall in unterschiedlichem Ausmaß Spuren hinterlassen hat.

Die Sachverständigenkommission hat empfohlen „wo immer möglich, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzurichten“. Bereits 1973 verdoppelte sich die Anzahl, 1982 waren es 68, heute sind es etwa 100, davon ca. ein Drittel neuro-psychiatrisch mit einer Gesamt-Bettenzahl von ca. 10000 - insgesamt die Mehrzahl in NRW. Lange hat man sich über die Größe solcher Abteilungen gestritten. Manche mochten Vorstellungen über Abteilungen nach der Art von „Mini-Anstalten“ hegen. Über die von der Sachverständigen Kommission angegebene Richtgröße um 200 Betten ist die Realität überwiegend hinweggegangen. Der Durchschnittswert liegt heute bei etwa 100 Betten. Nicht ganz ohne Zusammenhang mit der Dimension von Abteilungen ist die unter Versorgungsgesichtspunkten wichtige Frage, ob Abteilungen selektiv arbeiten, oder ob sie sich auch durch Mitwirkung am Aufbau extramuraler Dienste in ihrem Gebiet zur Vollversorgung verpflichten. Es gibt seit

Jahren eine Arbeitsgemeinschaft in der Bundesrepublik, deren heute 48 Mitglieder - Chefärzte psychiatrischer Abteilungen - eben eine solche, in dem Falle wünschenswerte, Vollversorgung praktizieren. Ich kann hier nicht im einzelnen darauf eingehen, was unter dem Begriff „Vollversorgung“ faktisch zu verstehen ist. Immerhin wäre anzumerken, daß es an einigen Stellen zu vertraglichen Vereinbarungen zwischen psychiatrischen Abteilungen und psychiatrischen Krankenhäusern gekommen ist, in denen die Übernahme, gegebenenfalls auch die Rücknahme einzelner langfristig psychisch Kranker geregelt ist. Dringt allerdings eine Abteilung mit der notwendigen Intensität in die Kommune ein, für die sie zuständig ist, kann sich zwischen dieser Abteilung und der Kommune eine Gemeindepsychiatrie entwickeln, welche die Eröffnung solcher Seitenwege erübrigt. Dafür gibt es Beispiele.

Nicht ganz unwichtig, auch von gesundheitspolitischem Belang, erscheint mir die Tatsache, daß parallel zur Arbeit der Sachverständigenkommission schon ab 1971 die Bundesländer begannen, selbst Psychiatriepläne zu entwickeln - ein Indiz dafür, daß auch die ministerielle Administration den Problemen der Versorgung psychisch Kranker ihre Aufmerksamkeit zu widmen begann. In die gleiche Richtung weist, daß in den Gesundheitsministerien aller Länder Psychiatrie-Referate eingerichtet wurden. 1974 konstituierte sich der „Ständige Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder“ - ein Gremium, welches für die Weiterentwicklung der Reform und ihrer Umsetzung in den einzelnen Bundesländern von Bedeutung ist.

In das Wirkungsfeld der Psychiatrie-Enquete gehört zweifellos auch die Welle von Novellierungen der psychisch Kranken- und Unterbringungsgesetze sowie der Maßregelvollzugsgesetze ab 1977. Schließlich ist als Spätfolge der Ersatz des überalterten, aus dem Jahre 1900 stammenden Entmündigungsrechts durch ein vollständig neues „Gesetz über die Betreuung Volljähriger“ zu erwähnen, dem in diesem Jahr Bundestag und Bundesrat zugestimmt haben. Damit wurde einer ausdrücklichen Forderung der Enquete entsprochen.

Ende 1975 wurde der Enquete-Bericht der damaligen Ministerin für Jugend, Familie und Gesundheit übergeben. Aber wir mußten vier Jahre warten, bis die Stellungnahme der elf Bundesländer und des Bundes vorlagen. Erst im Oktober 1979 diskutierte der Deutsche Bundestag den Bericht. Alle Fraktionen stimmten den in der Enquete niedergelegten Grundprinzipien zu. Trotz dieser Verzögerung des formalen Beratungsprozesses waren die Jahre nach 1975 angefüllt mit Versuchen, die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete zu verwirklichen.

Wesentliche Impulse zur Entwicklung sozialpsychiatrischer Konzepte und zur Realisierung einer Kommunalen Psychiatrie gingen weiterhin von einzelnen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen aus. Daneben, gelegentlich auch durch diese initiiert, entstanden - wenn auch im Bundesgebiet ganz ungleich verteilt - eine Vielzahl, teilweise sogar Unzahl von Hilfsvereinigungen und

Aktivitäten in freier Trägerschaft, deren Programme in richtiger Wahrnehmung der deutlicher werdenden Defizite summarisch betrachtet auf die Integration chronisch psychisch Kranker in die kommunale Gemeinschaft ausgerichtet wurden und noch sind. Vielfach wurden von diesen auch Trägerschaften, meist von Wohngemeinschaften, Einzelwohnungen oder kleinen Heimen, übernommen. Auf diesem Boden hat sich auch über die Jahre der Typus Kontakt- und Beratungsstelle mit Angeboten, vor allem im Bereich des lebenspraktischen Trainings herausgebildet, welcher dann bei den Empfehlungen der Expertenkommission eine besondere Rolle spielen sollte.

Schon lange zuvor hatten sich sehr variantenreich Laienhelfergruppierungen überall in der Psychiatrie etabliert. Nun kamen endlich auch Angehörigenverbände hinzu, die, zu erheblicher Stärke inzwischen angewachsen, eine wichtige Lobby für psychisch Kranke darstellen.

Bemerkenswert ist ferner, daß sich die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte mit einschlägiger Gebietsbezeichnung seit 1970 nahezu verdreifacht hat. Während die Enquete noch einen Nervenarzt auf 68 500 Einwohner im Durchschnitt errechnete, liegt die Zahl heute bei 1 zu 25500, wobei seit 1980 Zuwachsraten von jährlich 8-10% zu verzeichnen sind. Die für das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung zuständige Expertenkommission hat angesichts dieses gesundheitspolitisch relevanten Befundes in einer Arbeitsgruppe mit einigen niedergelassenen Kollegen zusammen eine Reihe von Vorschlägen formuliert, welche das Ziel verfolgen, die Chance der Integration in ein gemeindepsychiatrisch orientiertes Versorgungssystem für die nervenärztliche Praxis zu erhöhen.

Trotz der ja zweifellos positiven Entwicklungen und mannigfaltigen Aktivitäten blieb die bedarfsgerechte Entfaltung einer Gemeindepsychiatrie im eigentlichen Sinne ein ungelöstes Problem. Der Enquetebericht gab auf diesem Felde nicht viel her - wohl auch einfach deswegen, weil es damals außer dem „Heimsektor“ extramural keine differenzierteren Angebote gab. Zudem hat die undeutliche Stellungnahme der Enquete zum sozialpsychiatrischen Dienst dessen Ausformung zu teilweise dann recht umfangreichen ambulanten Gebilden an den Gesundheitsfachverwaltungen in kommunaler Trägerschaft oder in freier Trägerschaft dort, wo die Gesundheitsämter staatlich verwaltet sind, wahrscheinlich nicht unbeträchtlich verzögert. Das ist die eine Seite.

Auf der anderen Seite stieß man alsbald gleichsam jenseits des Empfehlungshorizontes der Enquete gerade in aktiven Regionen - worauf ich schon hingewiesen habe - auf eine Zersplitterung der Träger- und Betreibergruppierungen, auf Zustände, die gelegentlich als „Wildwuchs“ bezeichnet worden sind, und in der Folge davon auf unklare Aufgabenabgrenzungen, also eine unbefriedigende Versorgungslage - an deren eben gekennzeichneten Mängeln übrigens die freien Wohlfahrtsverbände, welche häufig im Versorgungsgebiet anstatt zu kooperieren miteinander konkurrieren und um ihre Eigenständigkeit fortdauernd bangen, durchaus beteiligt sind.

Drittens schließlich zeigte sich, daß im komplexen Gefüge und Kräftefeld einer sich selbst verwaltenden Gemeinde der Bedarf an Koordination und Steuerung zur Gewährleistung einer angemessenen Versorgung psychisch Kranker im kommunalen Raum offensichtlich nur abzudecken ist, wenn dort gewisse strukturelle Voraussetzungen als Rahmenbedingungen eingebaut werden können. Es erscheint auf diesem Hintergrund durchaus konsequent, daß die Bundesregierung den in der Enquete niedergelegten Empfehlungen der Sachverständigenkommission folgend, 1979 Mittel für ein 5jähriges Modellprogramm zur Verfügung stellte, dessen Schwerpunkt in der Erforschung und Erprobung außerklinischer Versorgungsnetze lag. Noch im gleichen Jahr wurde eine Kommission berufen und der Firma PROGNOSE die Begleitforschung übertragen. Gegen das mit 500 Mio. DM ursprünglich sehr üppig ausgestattete Programm meldeten die CDU-Länder unter Führung Bayerns und mit Ausnahme des Saarlandes grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedenken an. Nach einigem Hin und Her beteiligten sich sechs Länder, und es wurden schließlich insgesamt nicht ganz 200 Mio. DM ausgegeben. Mit ungefähr 140 Projekten fand die Erprobung in 14 städtischen und ländlichen Modellregionen statt. Der kräftig aufgedrehte Geldhahn hat in vielen Kommunen und Landkreisen eine erhebliche Schubkraft zur Differenzierung und Komplettierung der Versorgungsangebote hervorgebracht, wobei - vielleicht hierdurch ermutigt - auch außerhalb der geförderten Gebiete vieles in Bewegung geraten ist. Baden-Württemberg hat ein eigenes „Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung“ durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim ausarbeiten lassen und bereits 1987 vorgelegt.

Die Expertenkommission hat sich mit ihren Ende 1988 dem Ministerium abgegebenen Empfehlungen bemüht, auf vielfältige Erfahrungen gestützt, eine Gemeindepsychiatrie jenseits der Krankenhausareale zu begründen und Versorgungsstrukturen vorzugeben, die als paßfähig für die besonderen Belange chronisch psychisch Kranker gelten können. Dabei wurde der Versuch gemacht, patientenbezogenen Versorgungsnotwendigkeiten ganz unabhängig von institutioneller Ausformung und Trägerschaft als Funktionen zu beschreiben, die erbracht werden müssen, um eine fachgerechte Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Auf diese Weise wird - wie das noch in der Enquete geschehen ist, die starre Auflistung von Diensten und Institutionen vermieden, die dann überall nach dem gleichen Schema zu errichten waren. Die Expertenkommission geht von Funktionsbereichen aus: Behandlung, Pflege, Rehabilitation; Wohnen; Kontaktstiftung, Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung, Teilhaben am Leben in der Gesellschaft und Arbeit einschließlich beruflicher Rehabilitation. Diesen Funktionsbereichen können nun je nach örtlichen Gegebenheiten Funktionierfüller als institutionelle Bausteine gegenübergestellt werden, so daß sehr variabel und flexibel ein bedarfsgerechtes Versorgungsszenario in einer Region von 150 000 Einwohnern entwickelt werden kann.

Erwähnen möchte ich ferner den „Gemeindepsychiatrischen Verbund“, weil

er eine Erfindung der Expertenkommission darstellt. Er setzt sich jeweils für eine Population von 150000 Einwohnern zusammen aus einem aufsuchend-ambulanten Dienst, einer Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und einer Tagesstätte. Im Grunde ist der Verbundgedanke eine Antwort auf die vorhin beschriebene Zersplitterung der Träger- und Betreibergruppierungen, eine bewußte Herausforderung für an dieser Zersplitterung Beteiligte, im Konsens, also gemeinsam Verantwortung für die Versorgung einer Region zu übernehmen. Der schon von der Enquete geforderte aufsuchend-ambulante Dienst zielt im Schwerpunkt auf die Nachsorge für chronisch psychisch Kranke und Behinderte. Die Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion bietet Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung im Rahmen arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Maßnahmen, Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen auch in Form von gruppentherapeutischen Veranstaltungen, Clubaktivitäten, Freizeitangeboten und Hilfen zum Wohnen. Die dritte Komponente der Tagesstätte dient einem jeweils festen Stamm schwergestörter psychisch Kranker zur ambulanten Behandlung im Rahmen langfristiger Beschäftigungsprogramme.

Dieses offene therapeutische Instrument des Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit einer niedrigen Zugangsschwelle ist nicht völlig aus der Luft gegriffen. Ansätze hierzu, auf die zurückgegriffen werden konnte, hatten sich schon während der Laufzeit des Modellprogramms vielerorts herausgebildet. Im Rheinland sind durch die Förderung des dortigen Landschaftsverbandes 20 sozialpsychiatrische Zentren in Gemeinden entstanden, die dem, was sich die Expertenkommission vorgestellt hat, sehr nahekommen. Ob es freilich gelingt, verschiedene Träger in ein Boot zu bringen und eine übergreifende Rechtsform zu finden, von der her endlich erfolgsversprechend mit den Kassen verhandelt werden kann, muß wohl offen bleiben.

Die Expertenkommission hat sich schließlich Gedanken darübergemacht, wie den Elementen der Koordination und Steuerung mit Bezug auf die Initiierung und das Wachstum einer kommunalen Psychiatrie stärker Geltung verschafft werden kann. Sie hält es für unerläßlich, daß bei den zuständigen Dezernaten der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften eine Koordinationsstelle eingerichtet wird, zumal sich die Position des Koordinators in den Modellregionen bewährt hatte. Ferner sollte dem Dezernat ein Beirat zugeordnet werden, da unter den Bedingungen der kommunalen Selbstverwaltung und dem Gesichtspunkt der Subsidiarität gegenüber der freien Wohlfahrt Koordination und Steuerung nachhaltig und auf Dauer nur im Konsensus der Beteiligten realisiert werden kann. Auch über Beiräte dieser Art liegen ermutigende Erfahrungen vor.

Die stark vereinfachenden Schlaglichter, welche ich zumindest auf die Jahre 1970 bis 1988 - also immerhin 18 Jahre Reformprozeß geworfen habe, geben natürlich die Wirklichkeit nur fragmentarisch wieder. Was sich faktisch abgespielt hat, ist wesentlich komplexer. Wir leben in einer betont föderalistisch konstruierten Republik. Da „Gesundheit“ weitgehend in den Zuständigkeits-

bereich der Länder fällt, können sie just auf diesem Gebiet ihre Eigenständigkeit und föderale Unabhängigkeit vorzeigen. Das tun sie auch nach Kräften. So haben die Länder zwar die in der Psychiatrie-Enquete und im Bericht der Expertenkommission vertretene Linie im großen und ganzen anerkannt; was allerdings zum Beispiel Geschwindigkeit und Modalitäten der Umsetzung, Festsetzung von Prioritäten, Finanzierungsaufwand oder neue Lösungen betrifft, gehen sie eigene Wege. So lassen sich etwa die Verhältnisse in einem Flächenstaat wie Schleswig-Holstein mit dem kompakten Stadtstaat Bremen, in welchem ein sehr dichtes, inzwischen weitentwickeltes Versorgungssystem aufgebaut wurde, kaum vergleichen.

Noch differenzierter zeigen sich die jeweiligen Versorgungssituationen auf der kommunalen Ebene. Dort kann es geschehen, daß wir unmittelbar neben hoch entwickelten Gebietskörperschaften auf andere stoßen, in denen nur relativ wenig von der Stelle kommt. Dies hängt generell mit der starken Personenbezogenheit kommunaler Aufgabenerfüllung zusammen. Ob sich etwas und wie es sich bewegt, ergibt sich meist aus dem Engagement und der Überzeugungskraft leitender Personen vor Ort - also Dezernenten, Bürgermeistern, Kreis- oder Stadtdirektoren, Landräten etc. häufig in fruchtbarer Kooperation mit benachbarten Klinikdirektoren. Buntscheckig ist also die Versorgungslandschaft, wohin wir blicken. Gleichwohl erkennen wir überall zumindest ähnliche Versorgungsstrukturen, welche ähnlichen Vorstellungen in den Köpfen der Beteiligten entsprungen sein müssen. Die Historiogenese dieser Vorstellungen habe ich im alt-bundesrepublikanischen Umfeld wenigstens im Groben darzustellen versucht. Die Ereignisse, welche wir alle miteinander jüngst erlebt haben, nehmen mir allerdings den Mut, irgendwelche Prognosen zu wagen, die sich auf mögliche zukünftige Entwicklungen - also das Hervortreten neuer Vorstellungen - beziehen könnten. Dennoch - und vielleicht gerade deswegen sollten wir um so unbeschwerter das anpacken, was jetzt notwendig erscheint und getan werden muß. Ich hoffe, daß der alsbald beginnende gemeinsame Gang durch die Institutionen sich nicht in bloßer Datenbeschaffung erschöpft, sondern sich zum Stimulus und Anstoß für einen breiten Diskussionsprozeß aller Beteiligten entwickelt, dessen Ergebnis zur Basis gemeinsamer Empfehlungen werden kann.

Entwicklung und Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf dem Gebiet der ehemaligen DDR

Otto Bach

1945 war die Bilanz des faschistischen Umgangs mit psychisch Kranken in Gesamtdeutschland deprimierend, dies traf anteilmäßig auch auf den östlichen Teilstaat zu. Von etwa 30000 zu erwartenden Patienten in den Fachkrankenhäusern hatten etwa 6000 überlebt; und auch in den Nachkriegsjahren war die Mortalität in diesen Einrichtungen, bedingt durch Versorgungsmängel, mit etwa 15% noch ausgesprochen hoch.

In einer ersten Entwicklungsphase der Psychiatrie Ostdeutschlands wurde ein mühsamer Wiederaufbau zweckentfremdeter Anstalten in Angriff genommen, das Betreuungschao beseitigt, eine gesetzliche Gleichstellung der Versorgung psychiatrischer Einrichtungen erreicht und auch die Entnazifizierung durchgesetzt. Paul Nitzsche, ein führender Organisator der Euthanasie, wurde 1946 hingerichtet.

Ende der 50er Jahre kam es zur Rekonstruktion fachlicher Kompetenz und der Einführung modernerer Behandlungsverfahren. Es zeigte sich wieder eine Hochschulpsychiatrie mit individueller Färbung. Arbeit mit Angehörigen, Soziotherapie, allgemeine Auflockerungen innerer Klinikstrukturen entwickelten sich; neue Hochschulen wurden gegründet (z. B. 1956 in Dresden).

Ein Hauptproblem der damaligen Zeit bis in den Beginn der 60er Jahre war ein eklatanter Ärzteschwund, in dessen Folge viele junge Kollegen, zum Teil sehr unerfahren, in Leitungsfunktionen der Krankenhäuser kamen. Der Verlust von Ärzten mit der Folge erheblicher Versorgungsschwierigkeiten wurde am Ende der sozialistischen Ägide in den letzten Jahren vor der Revolution 1989 nochmals zum Problem.

In den Jahren ab 1960 kam es zu einem deutlichen Aufschwung in der psychiatrischen Betreuung, die mehr rehabilitativ orientiert wurde. Eine aktivere Krankenbehandlung wurde angestrebt, die Gitter wurden in den Krankenhäusern entfernt, Übergangseinrichtungen geschaffen; die Psychiatrie öffnete sich. In den Rodewischer Thesen von 1963 drückten sich diese Impulse aus.

Neue gesetzliche Regelungen (Einweisungsgesetz von 1968, Rehabilitationsgesetz 1968), verbesserte Qualifikation der Mitarbeiter (z. B. Ausbildung zur Fachschwester für Psychiatrie/Neurologie 1975) und weitere Differenzierungen des Binnenklimas der Krankenhäuser (Brandenburger Thesen 1974) zeigten eine durchaus vernünftige Entwicklungsdynamik, die zwar auch rhetorisch den Versuch unternahm, die Psychiatrie im Lande als „sozialistische“ zu interpretieren und vermeintliche gesellschaftliche Vorzüge auf Theorie und Praxis des Faches zu beziehen, der Alltag verlief indessen nach neuen, guten

Regeln fachlicher Kompetenz. In den Krankenhäusern hat keiner bemerkt, daß nun, wie ein Autor schrieb, nach dem VIII. Parteitag der SED die Etappe der sozialistischen Psychiatrie beginne (zit. EICHHORN 1988). Insgesamt gesehen waren diese Entwicklungstendenzen zunächst wesentlich fachkrankenhauszentriert.

Innovatives Denken führte zu praktischen Auswirkungen in der Versorgung, sozialpsychiatrische Forschung begann, Frührehabilitation wurde gefördert, die Interaktion von Somato-, Sozio- und Psychotherapie wurde analysiert, erste Ansätze einer Sektorbetreuung zeigten sich. Bemerkenswerte Publikationen auf diesem sozialpsychiatrischen Felde kamen insbesondere aus dem sächsischen Raum (Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis 1976).

Bis etwa 1975 verliefen die Entwicklungen in Ost und West etwa parallel; mit der Enquete kam dann in der Bundesrepublik eine Psychiatriereform in Gang, die dort bestehende Defizite aufgriff, öffentlich machte und einen Entwicklungsschub brachte, der die Versorgung augenscheinlich verbesserte. Natürlich ist bekannt, daß die Expertenkommission der Bundesregierung auch danach noch wesentliche Versorgungsmängel zu registrieren hatte. Sie sind nicht das Thema dieses Vertrages, aber im Vergleich zur DDR-Situation traten eminente Fortschritte ein. Eine streng zentralistisch geführte, innergesellschaftliche Konflikte vertuschende Administration verhinderte hier Problemanalysen zumindest vor der Öffentlichkeit.

Zur Ausgangslage (Bezugnahme auf ein Arbeitspapier, welches dem damaligen Gesundheitsministerium zugearbeitet worden war und den Stand von 1986 beschreibt):

Rund 20% aller Klinikbetten sind psychiatrische (22250), dies entspricht 1,33 Betten auf 1 000 Einwohner.

Wohnheimplätze: 2251; Pflegeheimplätze 11 772.

Stationär arbeiteten 1380 Ärzte und Psychologen sowie 7828 Schwestern (Schwestern-Patient-Schlüssel 1 : 3,8; gefordert wurde 1 : 2,3).

Im ambulanten Bereich wurde 1 262 Ärzte und Psychologen gezählt.

Es fehlten zu diesem Zeitpunkt etwa 4730 Schwestern, 350 Nervenärzte und 200 Psychologen.

Durch die massive Westauswanderung 1986-1989 haben die Fehlstellen in bestimmten Bereichen vermutlich zugenommen.

Zur Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern:

50% der Betten sind mehr als 2 Jahre, 25% mehr als 10 Jahre belegt.

Im Rahmen einer Dissertation lasse ich gerade in Übereinkunft mit der Krankenhausleitung die Situation in einem großen Bezirkskrankenhaus überprüfen; 72,25% der dort Untergebrachten sind Langzeitpatienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 14,3 Jahren. (7,2% sind länger als

25 Jahre im Krankenhaus; Oligophrene machen 44,9% und Schizophrene 34,5% dieser Patienten aus.)

Auf dem Gebiet der Ostbundesländer gibt es im Vergleich nur wenige und sehr kleine psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Zwischen den Bezirken bestehen erhebliche Disproportionen (4-30 Betten auf 10 000 Einwohner), was zu teils unverträglich großen Einzugsgebieten führt (9 Krankenhäuser versorgen Territorien von mehr als 1 Million Einwohnern; 10 Krankenhäuser 500000 Einwohner). Auch im ambulanten Bereich bestehen erhebliche Differenzen; Gebieten mit einer Versorgungsdichte von 1 Facharzt auf 6000 Einwohner stehen solche mit einem Verhältnis von 1 : 30000 und mehr gegenüber. Im Bezirk Dresden fehlen, stationäre und ambulante Versorgung zusammengenommen, etwa 25 Fachärzte, und obwohl dort die Bettenzahl mit 2 pro 1 000 Einwohner etwa der WHO-Forderung entspricht (sie sind aber praktisch zu 75% als Pflegebetten anzusehen, wie oben gezeigt wurde), mangelt es allein für die Stadt Dresden an etwa 200 Betten für die Akutversorgung.

Die materiell-technische Situation vieler Krankenhäuser muß darüber hinaus als katastrophal angesehen werden. Aus dem genannten Arbeitspapier ist zu entnehmen, daß 30% der Bausubstanz unzumutbar ist, die Gebäude sind durchschnittlich 80 Jahre alt und zu 75% verschlissen, die Innenausstattung vor allem in Pflegebereichen ist oft desolat.

Besondere Probleme gibt es im Sanitär-, Heizungs- und Versorgungsbereich. Defizite der apparativen Diagnostik sind zu konstatieren.

Hinzu kommt, daß aus einem nach meinem Dafürhalten falschen Wissenschaftsverständnis mancher Leiter dieser Einrichtungen Investitionen falsch gelenkt wurden; es wurde eher in Computer, Elektronenmikroskope, Forschungsabteilungen investiert als in die Alten- und Pflegestationen. Waldheim ist ein solches Beispiel der Mißachtung geringster Niveauansprüche der Betreuung.

Neben den personellen und materiellen Problemen bestanden auch auf der Seite der Forschung Defizite und Verbiegungen.

Einäugig biologische Sichten interessierten sich mehr für die Stoffwechsel und Transmittersituation am dementiellen Gehirn als zu evaluieren, wie alte Menschen in diesem Lande lebten, besonders wenn sie in Alten- und Pflegeheimen versorgt wurden. Eine Mythologie von VbE-(„Vollbeschäftigteneinheiten“)-zahlen in Großprojekten verdeckte, daß sich die Projekte beinahe in ihrer eigenen Verwaltung erschöpften. Defizite in der Epidemiologie, Tabuthemen (Suizidologie, Alkoholismus, Laienhilfe) und fehlende internationale Kontakte ließen die Forschung sehr sporadisch erscheinen.

Gestatten Sie einige ergänzende Bemerkungen zu ideellen Schwierigkeiten der Vergangenheit.

- Die Betonung biologischer Grundlagen des Faches führten zur Hintansetzung psychosozialer Hilfen - dies gilt auch für das Selbstverständnis vieler Psychiater (z. B. in den genannten Brandenburger Thesen wird expressiv verbit vom „Bekenntnis zum organischen Substrat“ gesprochen. Der Psychiater gehöre auf den naturwissenschaftlichen Boden.).
- Die Fächer Neurologie und Psychiatrie wurden nicht getrennt, m. E. auch mit der Folge einer Unterbewertung der psychosozialen Kompetenz des Nervenarztes.
- Die zentralistische Fachstruktur (Ministerium für Gesundheitswesen: Zentralklinik für Psychiatrie und Neurologie; Bezirk: Bezirksnervenkliniken; Kreis: Fachkrankenhäuser) mit einem politisch einflußreichen Triumvirat in Berlin und einer auf wenige Personen konzentrierten Berechtigung, bedeutsame Westkontakte zu pflegen, führte zu resignativen Haltungen in der Provinz und zu einer Personalpolitik, die nicht immer nützlich war für das Fach Psychiatrie.
- Auf im engeren Sinne fachliche Inhalte bezogen bestehen Defizite in der äußeren und inneren Sektorisierung der Versorgung (im Gegenteil, es werden mancherorts noch anachronistische Trennungen vorgewiesen: „Klinik für Männerpsychiatrie“, „Klinik für Frauenpsychiatrie“). Der Morbiditätswandel hin zu mehr funktionell-neurotischen und psychosomatischen Störungen wurde von der Psychiatrie noch nicht angemessen aufgegriffen, in diesem Zusammenhang sind die Psychotherapieanforderungen der Facharztstandards ungenügend, Liaisonarbeit und Balintarbeit sind die Ausnahme,

Gestatten Sie, abschließend einige Thesen zum Thema zu formulieren:

1. Die Ostpsychiatrie steht zur Zeit unter vielfältigem Druck, der zu großer Verunsicherung, aber sicher auch zu Neukalibrierungen führen wird. Der Druck zeigt sich in antipsychiatrischen Tendenzen in der Folge des aufgedeckten Psychiatriemißbrauches, in wirtschaftlichen Verunsicherungen, vor allem der ambulanten Psychiater, mitten in den Konflikt Poliklinik versus niedergelassener Nervenärzte hineingeworfen, im Überwinden einer von der Mangelwirtschaft gekennzeichneten Versorgungsstruktur, in der Neigung mancher Wendehälse, nun aber auch alles zu beseitigen, was in der Vergangenheit auch an Vernünftigem sich entwickeln konnte.
2. Wir müssen in stärkerem Maße als bisher von der „Anstalt“ weg - hin zum psychosozialen Netzwerk und alledem, was man komplementäre Strukturen nennt. Das bedeutet nicht, daß es weniger stationäre Betreuung gäbe, aber es bedeutet, die Fachkrankenhäuser in ihrer Kapazität zu reduzieren und dafür mehr Pflegeheime und vor allem Basiskliniken in den Ballungszentren zu schaffen.
In das psychosoziale Netzwerk gehören neben der schnell erreichbaren Basisklinik die Institutsambulanz, die Nervenärzte in den Polikliniken, die Laienhilfe, das beschützte Wohnen, Tageskliniken, Arbeitstherapiewerkstätten u. v. a. m. Sicher spielt hier auch der niedergelassene Nervenarzt zukünftig eine bedeutsame Rolle.

3. Es besteht nach PITTRICH in der Bundesrepublik „die beschämende Situation“, daß Heilbare von Unheilbaren getrennt würden und chronische Patienten eine schlechtere Betreuung erfahren.
20 Jahre Psychiatriereform hätten die leistungsrechtlichen Benachteiligungen psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken nicht beseitigt; SO-60% der in psychiatrischen Kliniken Behandelten seien auf Sozialhilfe angewiesen mit dem Aspekt, daß auf das Einkommen der Angehörigen zurückgegriffen werden könnte (PITTRICH 1990),
In der vormaligen DDR war die versicherungsrechtliche Situation m. E. weniger diskreditierend geregelt - wenngleich das wenig Einfluß auf das Lebensniveau hatte.
Es fällt uns Ärzten von hier etwas schwer, uns dem Diktat der Kassen nun unterordnen zu müssen, die eben pillen- und geräteorientiert bezahlen und nicht sozialorientiert. In den neuen Ländern müßten m. E. alle Anstrengungen dahin gehen, Mischfinanzierungen durchzusetzen, die von den Kassen, der Kommune und dem Land getragen werden und so praktische Psychiatrie aus dem rein medizinischen Handeln heraushebt.
4. Die Versorgung psychisch Kranker ist aber nicht nur ein finanztechnisches oder organisatorisches Problem.
Das Fach selbst ist mitverantwortlich an den eigenen Mißständen, durch die übliche somatische Einstellung, das Fehlen aufsuchender Betreuung (Arzt-Patient-Bild und Rollenverständnis), den Mangel an Strukturen, die ein kooperatives case-management betreiben und die Arzt- und experten-dominierte Haltung der Helfer.
5. Zukünftig muß stärker das Yavis-Problem beachtet werden. Auch wer sozial inkompetent, unrasiert und körperrüchig ist, muß eine Chance bekommen. Ich befürchte, daß bei uns von der psychosomatischen Privatklinik über die Universitätsklinik, die Basisklinik am Allgemeinkrankenhaus hin zur Aufnahmeklinik des Landeskrankenhauses und deren chronischen Bereichen Betreuung selektiert wird zu Ungunsten von Alterspatienten, chronischen Schizophrenen und Alkoholikern.
6. Ich spreche mich für eine Kommunalisierung der Psychiatrie aus, wo unter dem Dach der Kommune bzw. der Kreise die sozialen Dienste, die psychosozialen Beratungsstellen, Wohngemeinschaften, Tagesstätten, Kontaktstellen u. s. f. angesiedelt sind und koordiniert werden. Wir sollten hellhörig sein, wenn es heißt, die Sachsen übernehmen das Baden-Württembergische Modell, die Brandenburger das von Westfalen-Lippe und die Ostberliner das von Westberlin.
In unseren Kommunen müssen - bei Nutzung der vielfältigen Erfahrungen unserer westdeutschen Kollegen - eigene territorialtypische Strukturen geschaffen oder bestehende fortgeführt werden. Jede Landesregierung braucht schnell einen Psychiatriebeirat.
7. Es gibt in diesem Zusammenhang einige spezielle Aspekte, die wir im Auge behalten müssen:

- Möglichst schnell sollten landesspezifische gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die gute eigene Erfahrungen nicht völlig untergehen lassen (z. B. Einweisung auf Anordnung).
- Da der niedergelassene Nervenarzt in ausreichender Zahl in den Ostprovinzen noch einige Zeit fehlen wird, bietet sich die ideale Möglichkeit, die nervenärztlichen poliklinischen Behandlungsstellen zu psychosozialen Leiteinrichtungen im Sinne sozialpsychiatrischer Dienste mit Behandlungsrecht umzugestalten, wobei ich durchaus für leistungsstimmulierende Abrechnungssysteme bin. Es dürfen sich hinter multiprofessionellen Teams nicht personalkostenaufwendige, aber insuffiziente Strukturen verstecken.
- Die Berufsgruppe der Fürsorger ist sehr verunsichert, weil der Eindruck entstanden ist, dieser Beruf sei unterqualifiziert und nicht mehr gefragt. Die neuen Administrationen müssen m. E. den Berufsstand sichern und Qualifizierungen evtl. zu einem Fachhochschulabschluß ermöglichen.
- Wir befinden uns zur Zeit in einem wirtschaftlichen Gefalle zu den früheren Bundesländern, das zu Abwanderungsbewegungen bestimmter Berufsgruppen (Schwestern) führt, in dieser Folge wird der Pflege- notstand eher zunehmen. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß das Gesundheitswesen besonders schnell an die Einkommenssituation der früheren Bundesrepublik herangeführt werden muß.
- Ein besonderes Problem stellt gegenwärtig die Arbeitslosigkeit dar, die besonders psychisch Behinderte betrifft. Es müssen dringlich geschützte Arbeitsplätze, mehr Arbeitstherapieeinrichtungen und Selbsthilfewerkstätten geschaffen werden, um hier das soziale Netz vieler isolierter Patienten zu stabilisieren.

Wir leben in einer aufregenden Zeit, mit einem Wandel der Lebensverhältnisse, die im Grunde viele Menschen erfreut, aber auch manche verwirrt. Die Gefahr ist gegeben, daß sich daraus Ideologisierungen und Mythisierungen von differenten Ansichten ergeben, so daß die Problemlösungsversuche die Probleme verstärken - setzen wir dem Kompetenz, gesunden Menschenverstand und Lust an der Nutzung neuer Möglichkeiten entgegen.

Literatur

BACH, O., FELDES, THOM, WEISE, K. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Thieme Leipzig 1976

EICHHORN, H.: Die Entwicklung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie in der DDR. Psychiat. Prax. 15 (1988) 15-20

Fachgebietskonzeption Psychiatrie/Neurologie von DDR 1988, Federführung Prof. Dr. Nickel Berlin

PITTRICH, W.: Psychiatrie in Deutschland - Modell ohne Ende oder Dauerkrise eines Faches? In: F. Reimer (Hrsg.): Psychiatrie in Deutschland

- Modell ohne Ende. 20. Weinsberger Kolloquium. Weisenhof-V. 1990

SCHIRMER, S., MÜLLER, K., SPÄTE, H. F.: Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 28 (1976) 21 -25

Beitrag und Rolle der Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik zur Entwicklung der Versorgung in den vergangenen zwei Jahrzehnten

Fritz Reimer

Es ist sicher nicht zufällig, daß wir uns im wesentlichen auf die beiden letzten Jahrzehnte der Psychiatrie konzentrieren wollen, wohl wissend, daß vorher katastrophale Zustände in den „Anstalten“ herrschten, die teilweise durch die Psychiater verschuldet wurden. Ich erinnere aber an zahlreiche Appelle und Memoiren, die von Psychiatern an die Öffentlichkeit gerichtet wurden, aber ungehört blieben.

Diese Zeit, also die beiden letzten Jahrzehnte, ist als besondere gekennzeichnet, weil die Grundregeln der künftigen Psychiatrie-Politik in der Enquete einigermaßen festgeschrieben wurden, damit also der Reformbeginn in der BRD auf breiter Basis beginnen konnte.

Das hieß, daß wir, die wir uns an die Grundregeln dieser Enquete gehalten haben, uns abkehrten von der Kustodialpsychiatrie, daß wir unsere Einrichtungen klinifiziert haben, wie dieser Vorgang genannt wurde, und daß wir uns aus den kleiner gewordenen Kliniken heraus um den Aufbau extramuraler Einrichtungen kümmern mußten und das auch getan haben.

Sie erinnern sich einige Zeit später an die Arbeiten aus Weinsberg über die ersten Ergebnisse dieser Reformpolitik und dann an die Arbeit von FINZEN „Das Ende der Anstalt“, und wir erinnern uns an die Arbeit von MÜLLER über die Versorgung des Kanton Waadt in der Schweiz, der uns eine ganze Reihe von Jahren voraus war.

Dieser positive Prozeß wurde von der Öffentlichkeit weitgehend ignoriert, so daß die Psychiatrischen Krankenhäuser als ungeliebte Kinder ihrer Gesellschaft zeitweise und im Extrem sogar für das Entstehen von Geisteskrankheiten verantwortlich gemacht wurden, nach dem Motto „Verrückt gemacht in der Anstalt“, „Nur die Freiheit heilt“, „Der Arzt als Pillendealer“. Dieser Unfug gipfelte in dem Beschluß der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, diese Kliniken aufzulösen. Dieser Beschluß wurde, seitdem Mitglieder dieser Gesellschaft selber zu Klinikleitern avancierten, abgeändert, so daß nur noch die Idee der Großklinik eine Auflösung erfahren soll.

Um so wichtiger ist es mir festzustellen, daß überall da, wo es Psychiatrische Krankenhäuser gibt, der Anstoß zum Aufbau extramuraler Einrichtungen, also zur Einrichtung von Ambulanzen, Übergangseinrichtungen, Beratungsstellen usw. mit wenigen Ausnahmen von eben diesen Kliniken ausgegangen ist. Alles das, was alternativ daneben und angeblich besser entstanden ist oder sich lauthals an der Psychiatrie-Reform beteiligte, war zumindest nicht das, was man sich davon versprach.

Beispielsweise wurden die Patienten, die aus Psychiatrischen Krankenhäusern, infolge der Bettenreduzierung, in Heime verlegt wurden, vergessen. Diese ehemaligen Patienten wurden in Heimen teilweise menschenunwürdig unterversorgt zu einem Zeitpunkt, als bundesweit schicke kleine Abteilungen entstanden, die für sich in Anspruch nahmen, gerade für die psychiatrische Versorgung das Non-plus-Ultra darzustellen, gemeindenah, überschaubar, psychotherapeutisch usw. Aber siehe, gerade diese Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern haben gerade nicht das gemacht, was sie sollten, nämlich sich an der Versorgung aller Kranken zu beteiligen, sondern sie haben überwiegend chronisch Kranke, Süchtige, Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Alterskranke, Demente in ihren Einrichtungen gerade nicht aufgenommen, in die diese Kranken wegen der Gemeindenähe, die diese Krankengruppen brauchen, eigentlich hingehört hätten.

Aber eine Psychiatrie-Reform, die an den Schwerkranken vorbeigeht, ist keine Reform, sondern eine fehlgeleitete Operation am falschen Patienten! Solange nicht therapeutisch aufwendige Schwerkranke auch in Einrichtungen kommen, die personell hervorragend ausgestattet sind, sondern sich vorwiegend mit den Leichtkranken beschäftigen, solange ist dieses Unternehmen „Psychiatrie-Reform“ fehlerhaft.

Und ich frage Sie, wo sind denn in der früheren Bundesrepublik die engagierten Psychiater außerhalb Psychiatrischer Krankenhäuser, die sich um ihre in Heime verlegten Kranken weiterbekümmern? Wo sind die Universitäten, die sich für die Belange unserer Kranken wissenschaftlich interessieren? Wo sind die Wissenschaftler, die sich um Therapieforschung außerhalb der Medikamentenerprobung bemühen? Wo sind die Psychotherapeuten, die sich um den straffällig gewordenen Suchtkranken oder den chronisch Schizophrenen kümmern? Wo sind die sozialpsychiatrischen Dienste, die überall entstanden sind, am Wochenende? Wo findet eine Krisenintervention statt, beispielsweise am Wochenende oder nachts, wenn nicht in der Vorhalle unserer Krankenhäuser durch den diensthabenden Arzt? Wo redet man nicht nur über Nachsorge, Rehabilitation, sekundäre Prävention, außer bei uns, in unseren Einrichtungen? Wo hat man mehr als Sprüche bereit? „Ein Stück weit begleiten“, will man unsere Kranken, Gruppengespräche führen, therapeutische Teams erproben, „Probewohnen“, „Probearbeiten“, „Probeessen“, alles auf Probe, aber nicht auf Dauer. Da sieht die Sache schon schwieriger aus. Und bei der geringsten Krise zurück in die Klinik. Aber eigentlich wollte man die ja vorher auflösen.

Geradezu ein Wunder, daß es diese Kliniken noch gibt und daß wir in diesen Kliniken mit dieser zusätzlichen Last auch einigermaßen fertig geworden sind. Sogar erfolgreich mit unseren Forderungen umgegangen sind, auch wenn wir als letzte drankamen.

Wie sind wir fertig geworden? Statistisch ein Leichtes zu zeigen, wie sehr sich die Gesamtversorgung auf die Psychiatrischen Krankenhäuser verlagert hat. Die Zahlen von DEGKWITZ oder auch die Zahlen aus einer x-beliebigen

Region zeigen das sehr deutlich. Die Aufnahmezahlen sind in den ersten 10 Jahren der Reformierung unserer Krankenhäuser sprunghaft angestiegen. In einem Zeitraum, beispielsweise zwischen 1973 und 1979, hat die Bettenzahl in Psychiatrischen Krankenhäusern um rund 11% abgenommen, dagegen sind die Aufnahmen um 20% angestiegen. Die Tagesklinik und Übergangswohnheimplätze haben sich in diesem Zeitraum verdreifacht. Die Arbeitsbelastung hat enorm zugenommen, die Mitarbeiterzahlen leider nicht in diesem Umfang. Wir haben beispielsweise ausgerechnet, daß wir, verglichen mit einer psychiatrischen Abteilung im Allgemeinkrankenhaus, ungefähr die 5fache Zahl an Ärzten und die 3fache Zahl von Mitarbeitern sonstiger Disziplinen haben müßten, um auf denselben Personalbettenschlüssel zu kommen.

Dabei haben sich in der letzten Zeit Probleme noch verschärft, die zur Zeit der Abgabe der Enquete nicht bestanden haben.

Nämlich:

1. In den meisten Ländern sind Krankenhausgesetze oder -Verordnungen verabschiedet worden, die in die Struktur der Krankenhäuser entscheidend eingriffen. Gerade in einer Zeit, in der quasi revolutionäre Entscheidungen getroffen werden sollen und Änderungen in unseren Krankenhäusern erfolgen müßten, wurde die Verantwortlichkeit auf ein Gremium verteilt, ein Eingriff, der den Reformprozeß erschweren mußte.
2. Durch Bundesgesetz wurden die Krankenhäuser zu Eigenbetrieben, ohne daß diese Krankenhäuser aus dem Reglement der Träger entlassen wurden. Sie haben einerseits die Nachteile der bisherigen Regelung ohne die Vorteile der neuen. Nachteile bestehen darin, daß wir uns jetzt nicht nur mit dem Krankenhausträger herumzustreiten haben, sondern auch mit dem Kostenträger, den Krankenkassen.
3. Wir haben es mit einer sensibilisierten, aber falsch informierten Öffentlichkeit zu tun. Der Krankheitsprozeß wird geleugnet. Unter Therapie wird Psychotherapie verstanden. Die Medikamentenverordnung wird diffamiert. Die Elektrokrampfbehandlung verunglimpft.
4. Einige Länder haben besonders große Fortschritte in der Etablierung neuer psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gemacht, die selbstverständlich - und wie nicht anders zu erwarten und von uns immer wieder darauf hingewiesen - sich der Akutkranken annehmen und die chronisch Kranken weiter in die personell schlechter gestellten Psychiatrischen Krankenhäuser abschieben.
5. Völlig unbegreiflich haben einige Länder das Personal analog der Bettenreduzierung vermindert, so als ob die Arbeit an einem Krankenhaus mit der Bettenzahl zusammenhinge und nicht mit dem Durchgang und dem therapeutischen Impetus.
6. Die Träger und Politiker haben es versäumt, für die Kostenregelung der psychiatrischen Übergangseinrichtungen eine verbindliche bundesweite Regelung durchzusetzen.

7. Die Administrationen waren nicht in der Lage, für die empfohlenen, in ihrer Gewichtung zentralen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften Kompetenzen zu erarbeiten.
8. die Krankenhausträger waren nicht in der Lage, Psychiatrische Krankenhäuser mit Forschungsmitteln auszustatten, um die Kerngruppe unserer Kranken in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses zu stellen, und schließlich ist
9. die Zerstrittenheit der Psychiater und die vielen Reden der Halbgebildeten aus den Sozio-Fächern, die oft kaum psychisch Kranke gesehen haben, haben Schuld an immer neuer Verunsicherung der Patienten und der Angehörigen. Glücklicherweise haben die Krankenhausträger dazugelernt und können sich inzwischen davon distanzieren.

Wir sind sogar erfolgreich gewesen. Sie erinnern sich, daß vor etwa drei Wochen unsere wohlbegründeten und gut belegten Forderungen auf 7000 weitere Personalstellen in der bundesdeutschen Psychiatrie die letzten Hürden auf der parlamentarischen Ebene genommen haben.

Lassen Sie sich in den neuen Ländern also nicht verwirren. Die Psychiatrischen Krankenhäuser haben die Aufgabe, neben der klinischen Versorgung der Kranken in der definierten Region auch für die Versorgung ihrer Kranken außerhalb der Krankenhäuser hinaus zu sorgen und diese Region mit Sachverstand, Beratung und Hilfseinrichtung zu überziehen. Das heißt, wir müssen dafür sorgen, daß es flankierende Einrichtungen, beschützte Wohnungen und Arbeitsplätze gibt. Sie müssen dafür sorgen, daß ein Kranker trotz seiner Behinderung und all seiner Einschränkung in der Lage ist, ein menschenwürdiges Leben außerhalb der Klinik dauerhaft zu führen, und daß er einem therapeutischen Prozeß weiterhin unterliegt, den Sie steuern müssen.

Sie müssen dafür sorgen, daß Sie für Ihre nicht krankenhaus-behandlungsbedürftigen Kranken, die also Pflegefälle werden, adäquate Einrichtungen schaffen, in denen es diesen Patienten aber mindestens genau so gut gehen muß wie in Ihrer Einrichtung. Nichts ist so einfach, und das hat die bundesdeutsche Reform-Politik auch gezeigt, wie, diese Menschen zu vergessen, die sich nicht wehren können. Sie müssen mit uns dafür sorgen, daß die ambulante Behandlung weiter erfolgen kann, sowohl bei niedergelassenen Kollegen, wie bei Ambulanzen und hoffentlich auch Polikliniken, und daß auch Patienten nachgehend aufgesucht werden können, was in der Bundesrepublik deswegen Schwierigkeiten macht, weil die Berufsordnung bzw. die Versorgungsrichtlinien dem scheinbar entgegenstehen. Sie müssen also ein breit gefächertes Angebot an ambulanten Diensten zur Verfügung haben, z. B. Institutsambulanzen in unserer Terminologie, um gerade die Patienten auch nicht aus den Augen zu verlieren, die sich in Krankheit und Defekt zurückziehen.

Sie müssen trotz der bald verbesserten Personalsituation dafür sorgen, daß in den Psychiatrischen Krankenhäusern die Therapien Vorrang haben, die in

relativ kurzer Zeit und wenig personalintensiv Erfolg versprechen und schnell zur Entlassung der Kranken führen.

Sie müssen alles vermeiden, was Ihnen als „modisch“ angepriesen wird, besonders von den über 300 angeblich wirksamen Psychotherapien, und Sie dürfen nicht vergessen, daß ungeliebte Therapien, wie z. B. Elektrokonvulsion oder Arbeitstherapie, neben den Medikamenten wichtige Behandlungsverfahren sind, um unsere (chronisch) Kranken weiterzubehandeln.

Sie müssen dafür sorgen, daß mit Ihnen konkurrierende Einrichtungen verpflichtet werden zur Aufnahme alter Patienten, daß die unselige Zweiklassen-Psychiatrie nicht auch noch in den fünf neuen Bundesländern praktiziert wird, denn wir dürfen nie nachlassen, die Absurdität zu bekämpfen, daß, je schwerer ein Kranker krank ist, er um so weniger Therapeuten findet.

Schließlich müssen Sie in den Kliniken dafür sorgen, daß Sie das, was Sie tun, auch belegen können, und wir werden gemeinsam bestrebt sein, wissenschaftliche Programme zu fördern, die sich an den Problemen unserer Kranken und nicht an der der Universitäten oder der prosperierenden Industrie orientieren. Wir werden das nur gemeinsam tun können, mit Nüchternheit, Sachlichkeit und wenn wir uns von Ideologien fernhalten, wenn wir alle Zivilcourage zeigen, so wie Sie das in der ehemaligen DDR vor einem Jahr unter Beweis gestellt haben. Das ist nicht zuletzt für viele von uns Psychiatern der Bundesrepublik ein wichtiger Fingerzeig, nicht zu vergessen, daß wir trotz Beamtenstatus und Dienst am Staat und Land nicht vergessen wollen, daß wir in erster Linie Arzt und Psychiater und unseren Patienten verpflichtet sind und niemandem sonst.

Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben der Psychiatrischen Krankenhäuser auf dem Gebiet der ehemaligen DDR

Bernd Nickel

Am 31. 12. 1986 standen in Fachkrankenhäusern und Kliniken des Gebietes der ehemaligen DDR 22 250 psychiatrische Betten, das sind 15,4% des Bettenbestandes der DDR insgesamt, auf 1 000 Einwohner kamen 1,33 psychiatrische Betten. Um diesen Mittelwert streuen die Angaben aus den einzelnen Bezirken beträchtlich. Während Potsdam mit 1,60 und Leipzig mit 2,93 Betten auf 1 000 Einwohner ausgewiesen sind, liegen Cottbus und Halle mit 0,35 bzw. 0,40 pro 1 000 Einwohner weit unter dem Durchschnitt. Eine ähnliche Situation ergibt sich für das Personal. Während ein Arzt, ob Assistent in Ausbildung oder Facharzt, im Durchschnitt 33 Betten zu betreuen hat, liegen Berlin und Rostock mit 18 bzw. 20 zu versorgenden Betten weit vor z. B. Dresden und Leipzig, dort wird ein Arzt auf 50 Betten angegeben. Ähnlich ist die Situation bei Psychologen. Während im DDR-Durchschnitt auf 67 Betten ein Psychologe oder Pädagoge angegeben wird, werden im Bezirk Dresden 167 Betten pro Psychologe angegeben, und Berlin rangiert mit rd. 29 Betten auf einen Psychologen unter dem Durchschnitt. Auch für Pflegekräfte, unabhängig von ihrer Qualifikation und unabhängig von der Tatsache, daß die Schwestern zum größten Teil sämtliche anfallenden Arbeiten auf den Stationen zu erledigen haben, ergeben sich im DDR-Durchschnitt auf eine Schwester 3,32 Betten. Auch hier wieder extreme Streuungen: Während Neubrandenburg mit 6,25 Betten auf eine Schwester den eindeutigen Negativ-Rekord hält, sind die Bezirke Cottbus und Halle mit 2,23 resp. 2,27 Betten auf eine Schwester bereits in dem Bereich, der als Durchschnittswert für bundesrepublikanische Fachkrankenhäuser angegeben wurde.

Für den Personalbereich läßt sich zumindest aus diesen Bemerkungen ableiten, daß eine zielgerichtete Planung für die Bezirke der DDR nicht erkennbar ist.

Die außerordentlich schwierigen materiell-technischen Bedingungen, unter denen die Arbeit in den Fachkrankenhäusern zu leisten ist, wird auch an wenigen Zahlen deutlich: Der Verschleißgrad der Gebäude der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie ist von 67,4% im Jahre 1981 auf 75,2% im Jahre 1986 angestiegen, und im gleichen Zeitraum stieg das Durchschnittsalter für Gebäude von 76,8 auf 81,2 Jahre an, da Instandsetzungs- und Rekonstruktionsmaßnahmen sowie Neubauten kaum ins Gewicht fielen. Besonders gravierend ist die Tatsache, daß zum gleichen Zeitpunkt sich mehr als ein Viertel der Bettenplätze in einem Bauzustand befanden, der die Schließung erforderlich gemacht hätte. Auch hier gibt es sehr starke Streuungen. Negativ betroffen sind insbesondere die Bezirke Dresden, Leipzig, aber auch zu damaliger Zeit Berlin. Ähnlich schlecht, wiederum mit starken bezirk-

liehen Streuungen, ist die technische Gebäudeausrüstung. 13,5% des Frischwassernetzes und 15% des Abwassernetzes sind sofort rekonstruktionsbedürftig gewesen. Hinzuzufügen wäre, daß in den Krankenhäusern 11,4% der Nutzfläche noch mit Ofenheizung betrieben werden. Dagegen sind die zentralen Wärmeerzeugungsanlagen mit 15,6% ebenfalls direkt rekonstruktions- oder schließungsbedürftig. Wichtig ist auch die Feststellung, daß die Zahl der Pflege- bzw. Wohnheimpatienten, die in den Krankenhäusern fehlplaziert sind, auch stark variiert. Zwischen 15 und 70% werden für verschiedene Einrichtungen fehlplazierte Patienten angegeben.

Trotz dieser Daten bzw. gerade mit Bezug auf diese Daten ist die generelle Charakterisierung der Aufgaben der Fachkrankenhäuser von besonderer Bedeutung:

1. Sie waren und sind diagnostische und therapeutische Zentren, die regional und auch überregional wirksam werden. Sie leisten Aufgaben in der Weiterbildung und in der klinisch orientierten Forschung.
2. Sie sind Lückenbüßer für Fehlplazierte.

Trotz dieser Arbeitsbedingungen ist es in einer großen Zahl von Einrichtungen möglich gewesen, für die Patienten Leistungsangebote differenziert zu entwickeln, so wurden für allgemeine resp. Akutpsychiatrie (unter Berücksichtigung der Geschlechtertrennung) Sektorisierungen vorgenommen. Für Gerontopsychiatrie, für die Behandlung Suchtkranker, für Rehabilitation wurden Angebote entwickelt, wie auch für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Von besonderer Bedeutung war der Aufbau von Institutsambulanzen und tagesklinischen Bereichen. Integrative komplextherapeutische Angebote wurden offeriert, die psychologische und psychiatrische Diagnostik wurde komplettiert. Ein ganzheitliches, sozialpsychiatrisches Verständnis des Kranken kann selbstverständlich die biologische Seite dieser Krankheitsprozesse nicht unberücksichtigt lassen, daher halten wir eine Entwicklung, die der Neurologie ihren Platz im psychiatrischen Krankenhaus sichert, für notwendig. Die moderne somatische Diagnostik der Nervenheilkunde ist bis auf wenige Ausnahmen sowohl psychiatrie-, wie auch neurologie-relevant!

Personalmangel, Überbelegung, Fehlplazierung von Patienten, baulich-technischer Zustand der Einrichtungen, ihre Größe, die sie oft allein aus diesem Grunde zum Ghetto macht, dürfen nicht zu der Feststellung führen, daß psychiatrische Krankenhäuser zugunsten anderer Strukturen aufgelöst werden können. Es geht doch vielmehr darum, wie man ausgehend von der Tatsache, daß jetzt und in naher Zukunft die stationäre psychiatrische Behandlung zum größten Teil in diesen Krankenhäusern durchgeführt wird, aus den Erfahrungen in der Bundesrepublik mit der Durchsetzung der Psychiatrie-Enquete wichtige Schlußfolgerungen zieht. So ist die Sicht vom Krankenhaus auf andere Strukturen im Territorium auszuweiten. Die verschwindend kleine Zahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der DDR und der Prozentsatz, der die Versorgungsverpflichtung übernehmen

konnte, verlangt mit Hinblick auf die Erfahrungen der Psychiatrie-Enquete, die Rolle des psychiatrischen Fachkrankenhauses unter solchen und ähnlichen Bedingungen zu bestimmen. Bemerkenswert in diesem Sinne scheint:

1. Nach den Ergebnissen von Herrn Bauer haben nur 50% der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Versorgungsverpflichtungen übernommen, weil die Langzeit- und komplementäre Versorgung in der Kommune nicht abgesichert werden konnte.
2. Die Fehlplatzierung von Pflegepatienten spielt nach wie vor eine wesentliche Rolle auch für die Ablösung des Zweistufigkeitsprinzips in den Fachkrankenhäusern.
3. Häufig genug wurden hospitalisierte, scheinbar nicht mehr rehabilitierbare sog. fehlplazierte Patienten im Rahmen der Bettenreduzierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser in Heime verlegt, ohne daß sich deren Betreuung resp. Behandlungssituation tatsächlich verbessert hat (Supervision, Fortbildung etc.).
4. Die innere Differenzierung der psychiatrischen Krankenhäuser nach Diagnose und Prognose, die interne Sektorisierung, die Formulierung von Spezialangeboten wurde dann begünstigt auch im Sinne einer gewünschten Bettenreduktion, wenn im Sinne des Satellitenmodells im zu versorgenden kommunalen Bereich stationäre *Außenstellen* gebildet werden konnten.
5. Erfolgreich waren auch Versuche, ambulante Außenstellen im Sinne von *externen Institutsambulanzen* zu bilden.
6. Trotzdem wird das Prinzip der Institutsambulanzen offensichtlich immer noch von verschiedenen Parteien in Frage gestellt und hat seinen Platz im gemeindepsychiatrischen Verbund noch nicht definitiv eingenommen.
7. Offensichtlich hat sich dort, wo ein Sachwalter der Patienteninteressen mit organisatorischem Geschick eine Koordinatorfunktion übernommen hat, der gemeindepsychiatrische Verbund am besten entwickelt. (Das kann auch ein Krankenhausdirektorsein.)

Bezogen auf unsere künftige Arbeit im Krankenhaus, im Gemeindeverbund, möchte ich mich

1. bekennen zu den Zielsetzungen und Orientierungsdaten eines psychiatrischen Krankenhauses, das als Arbeitspapier vom 1. 4. 1990 vorliegt. Als Anmerkung gestatten Sie mir lediglich darauf hinzuweisen, daß das psychiatrische Krankenhaus auch Stätte der studentischen Ausbildung zu sein hat und auch Forschungsleistungen zu erbringen hat auf den Gebieten, wo das Gros der Patienten in einer de facto Arbeitsteilung fast ausschließlich den psychiatrischen Krankenhäusern zufällt. Ich denke an Suchttherapie oder die Behandlung von Alterspatienten.
2. Es ist sehr schnell zu prüfen, ob im Sinne der Entwicklung des gemeinde-

psychiatrischen Verbunds an Allgemeinkrankenhäusern weitere psychiatrische Abteilungen mit *Versorgungsverpflichtungen* eröffnet werden können: Im allgemeinen sind die somatischen Krankenhäuser in einem immer noch besseren Bau- und Betriebszustand als die Fachkrankenhäuser. Mit verbesserter prästationärer und stationärer Diagnostik könnte in diesen Krankenhäusern die Liegedauer verkürzt und die Bettenzahl verkleinert werden (nicht unter 100 Betten), und es wäre in jedem Fall zu prüfen, ob hier psychiatrische Abteilungen mit Versorgungsverpflichtungen sowie angebundener komplementärer Versorgung in der Kommune entwickelt werden können. Hier liegt aber sicher das Hauptproblem für die Kommunen, auch bei künftiger Trägervielfalt.

3. Im gleichen Sinne ist zu prüfen, ob in den Kommunen Gebäude zur Verfügung stehen, in die Pflegepatienten verlegt werden können. Dies kann allerdings nur geschehen unter der Voraussetzung, daß sich ihre Betreuungssituation *verbessert*. Solche Maßnahmen sind von besonderer Dringlichkeit, um in den psychiatrischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung künftiger Zielgröße des Krankenhauses Rekonstruktionsarbeiten vorzunehmen. Bei den immer noch weit verbreiteten Bettensälen ist bei der Rekonstruktion ohnehin mit einer Reduktion der Nutzfläche um 25 bis 40% zu rechnen, so daß die Bettenzahl ohnehin verkleinert werden muß.
4. Für jene Krankenhäuser, die personell die entsprechenden Voraussetzungen bieten, vor allem in bezug auf die Besetzung mit Ärzten und Psychologen, ist die Eröffnung stationärer Außenstellen im Sinne des Satellitenprinzips zu prüfen (siehe Punkt 2.). Das trifft insbesondere auf die Berliner Situation zu.
5. Von außerordentlicher Bedeutung könnte in einer ganzen Reihe von Kommunen die feste Etablierung *externer Institutsambulanzen* sein. Auf diese Art könnte es gelingen, die Zahl der Aufnahmen in den Fachkrankenhäusern spürbar zu verringern und gleichzeitig in der Kommune ihr Verständnis vom Prinzip der kommunalen Zuständigkeit zu demonstrieren.
6. Selbstverständlich ist der Ausbau der Institutsambulanzen resp. bisher Polikliniken an den Krankenhäusern in besonderem Maße voranzutreiben. Die apparativ-technische Ausstattung und die Schaffung von Funktionsbauten für ambulante Betreuung dürfte an den Krankenhäusern noch am ehesten zu erreichen sein und auch auf diese Art eine Entlastung der zur Rekonstruktion anstehenden Stationen resp. Abteilungen beitragen. Aus den beiden letztgenannten Punkten läßt sich eine grundsätzliche Forderung ableiten:
7. Das Prinzip von präventiver, *kurativer* und rehabilitativer Arbeit, wie es praktiziert wird in den Institutsambulanzen, in den Beratungsstellen für psychiatrische Patienten, aber auch den Suchtambulanzen und Beratungsstellen, kann und muß zu einem tragenden Element für den Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbunds werden. Auf keinen Fall darf die Entwicklung der Fachkrankenhäuser zu einem Konkurrenzunternehmen für

die Entwicklung von Institutsambulanzen und ambulanten Angeboten in Form der Beratungsstellen insgesamt werden. Wenn allgemein gilt „ambulant vor stationär“, gilt dies auch für die Psychiatrie.

8. In jeder Kommune sollten fachkompetente Koordinatoren die Organisation des gemeindepsychiatrischen Verbundes vorantreiben. Die Organisation des gemeindepsychiatrischen Verbundes sollte möglichst schnell in eine rechtsfähige Form gebracht werden, die Verhandlungsfähigkeit gegenüber den Trägern beinhaltet. Hier könnten die Dezernenten in Kommunen und Ländern wichtige Hilfen erhalten. Die jetzt reisenden Kommissionen sollten möglichst verbindliche einvernehmliche Empfehlungen in diesem Sinne erreichen.
9. Ich möchte abschließend noch einmal betonen, daß eine Hypothese, psychiatrische Krankenhäuser seien nicht mehr zeitgemäß, am Kern der modernen Psychiatrie, aber auch der aktuellen Problematik der Psychiatrie in den 5!4 neuen Bundesländern vorbeigeht. Sicher sind mit Bezug auf die äußerst schwierigen Bedingungen in den Krankenhäusern, die eingangs skizziert wurden, sehr ernsthafte Entscheidungen, die bis hin zur Schliessung einer Einrichtung oder Umprofilierung, zeitweiligen Auslagerung etc. gehen werden, zu treffen. Aber wesentliche Fortschritte werden nicht durch das Aufbauen von Fronten erreicht, sondern ausgehend von den gemachten Erfahrungen in der BRD, den eigenen Erfahrungen mit sehr gut funktionierenden Institutionen, wie Dispensaires, Beratungsstellen, Institutsambulanzen, ist ein maßgeschneidertes Betreuungsmodell für die jeweiligen Kreise, Gemeinden in den neuen Bundesländern zu formulieren.

Teil II

Die klinisch-stationäre Versorgung

Funktionswandel Psychiatrischer Krankenhäuser im Versorgungssystem und das Problem der sogenannten Enthospitalisierung

Heinrich Kunze

Im vorigen Jahrhundert hieß das dominierende Konzept der psychiatrischen Versorgung „Heil- und Pflegeanstalt“, heute heißt es „Gemeindepsychiatrie“.

Aber kommt Gemeindepsychiatrie ohne die Heil- und Pflegeanstalt aus? Wird aus der dominierenden Institution die Restkategorie der Gemeindepsychiatrie - nämlich vernachlässigt von der Gesellschaft, aber zuständig für all die Patienten, für die alle anderen sich selber nicht (mehr) für zuständig halten? Oder kann das Psychiatrische Krankenhaus auch aktiver und integraler Teil eines gemeindepsychiatrischen Netzes werden?

Der Funktionswandel und die Reform der Psychiatrischen Krankenhäuser ist nicht nur ein Problem der Krankenhäuser selbst, sondern ist stark außenbestimmt, und zwar durch die anderen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen, die Kostenträger, die Betroffenen und insbesondere die politischen Repräsentanten der Gesellschaft.

Die Vernachlässigung der Krankenhäuser durch die Gesellschaft

Medienwirksame Kritik an inhumanen und antitherapeutischen Verhältnissen in psychiatrischen Anstalten ergab Schubkraft für Psychiatrie-Reformen in verschiedenen Industrieländern, z. B. USA, England - und in der Bundesrepublik ab Ende der 60er Jahre. (KUNZE 1977)

Aber eine Psychiatrie-Reform an den in die „Strafecke“ gestellten Krankenhäusern vorbei trägt nur zu deren Verfestigung bei. Insbesondere blockiert die Schuldprojektion auf die Krankenhäuser eine selbstkritische Beteiligung der in den Psychiatrischen Krankenhäusern Beschäftigten. Wenn der Zeiger der Schuld auf das Krankenhaus gerichtet ist, wird das Opfer zum Täter stilisiert: Die im Krankenhaus Beschäftigten übernehmen diese Sichtweise und reagieren defensiv, weil sie nicht zulassen können, für die Misere der Patientenversorgung verantwortlich zu sein, also wird diese beschönigt und die kritische Auseinandersetzung mit den Mißständen wird als Nestbeschmutzung unterdrückt.

In dem klassischen Buch der ‚Drei-Krankenhaus-Studie‘ von WING und BROWN (1970) über die Auswirkungen des Krankenhausmilieus bei chronisch Schizophrenen steht der Satz: „Man ist leicht ungerecht gegenüber hart arbeitendem, engagiertem Personal, das selber unter Bedingungen der Vernachlässigung und des mangelnden Interesses durch die Außenwelt arbeitet - und es ist gleichermaßen leicht, äußerlich apathische Patienten im Wahrnehmungsgrad ihrer eigenen sozialen Deprivation zu unterschätzen, weil sie sich

nicht beklagen". Hier wird der funktionale Zusammenhang zwischen der Vernachlässigung chronischer Patienten und der Vernachlässigung der mit diesen Patienten befaßten Institution durch die Gesellschaft auf den Punkt gebracht.

Für uns im PKH Merxhausen mit z. T. sehr schlechten Verhältnissen noch vor wenigen Jahren war für die Überwindung der „Wagenburg-Mentalität“ folgende Unterscheidung von zentraler Bedeutung: Was können *wir* für die Patienten unter den gegebenen personellen, baulichen, organisatorischen usw. Voraussetzungen tun und was nicht? Das ist unsere Verantwortung. - Und wer ist verantwortlich für die Rahmenbedingungen, unter denen wir im Krankenhaus arbeiten müssen und unter denen wir die Patienten nicht bedarfsgerecht behandeln können?

Es geht darum, den funktionalen Zusammenhang zu durchschauen: Das Psychiatrische Krankenhaus wird von der Gesellschaft einerseits vernachlässigt, aber andererseits für all die psychiatrischen und sozialen Probleme von auffälligen Menschen zuständig gemacht, für die andere nicht zuständig sein wollen oder können.

Es scheint mir eine weit verbreitete Variante des Helfersyndroms zu sein, sich für Patienten verantwortlich zu fühlen ohne Rücksicht auf die Rahmenbedingungen, die andere zu verantworten haben. Das hält aber niemand länger aus und führt zu verschiedenen Formen des Burn-Out-Syndroms, nicht nur Erschöpfung, Resignation, sondern auch Kritiklosigkeit, Beschönigung der Mißstände bis zu selbstgerechtem Zynismus.

Die Einsicht in die Vernachlässigung des Psychiatrischen Krankenhauses durch die Gesellschaft befreit die *im* Psychiatrischen Krankenhaus Tätigen dazu, die Unzulänglichkeiten der Behandlung und Betreuung der Patienten auch im eigenen Hause wahrzunehmen und öffentlich zu benennen, ohne sich selbst zu entwerten.

Das gilt erst recht für die für Krankenhäuser zuständigen Trägerverwaltungen und Politiker: Wie gerne stellen sie die eigene Einrichtung als die Spitze des Fortschrittes dar, und wie schwer fällt es, mit Mängeln an die Öffentlichkeit zu gehen? Aber wie können die gesellschaftlichen Prioritäten zugunsten der psychisch Kranken verbessert werden, wenn die Öffentlichkeit von denen, die es wissen müßten, immer nur „heile Welt“ hört.

Die Vernachlässigung der psychisch Kranken durch die Gesellschaft ist ein komplexes Thema, ich will einen zentralen Punkt hervorheben:

Der absolute Tiefpunkt der Anstaltsgeschichte war die massenhafte Ermordung psychisch Kranker und geistig Behinderter als „lebensunwertes Leben“ im Dritten Reich. Die damit zum Ausdruck kommende gesellschaftliche Entwertung färbte auf die mit der Betreuung dieser Personengruppe befaßten Institutionen dauerhaft ab. Die Tabuisierung dieses Abschnittes der Anstalts- und der Psychiatriegeschichte wird auch deutlich z. B. am Schicksal von Versuchen der Aufarbeitung (SCHMIDT; MILKE und MITSCHERLICH; DÖR-

NER u. a.). Diese Tabuisierung trägt wesentlich zum Fortbestand der gesellschaftlichen Abwertung chronisch-psychisch Kranker und geistig Behinderter und der mit ihnen befaßten Institutionen bei. Die Wiedergutmachung für psychisch Kranke und die Reform der psychiatrischen Versorgung blieb beim Wiederaufbau der Bundesrepublik in den Nachkriegsjahrzehnten weit hinter den anderen gesellschaftlichen Bereichen und der Entwicklung der gesellschaftlichen Ressourcen zurück. Erst 25 Jahre nach dem Ende des II. Weltkrieges wurde dies ein öffentliches Thema. - Und welchen Stellenwert wird die psychiatrische Versorgung jetzt in den fünf neuen Bundesländern haben?

Von der anstalts- zur gemeindezentrierten Versorgung

Aus dem vorigen Jahrhundert haben wir die „Heil- und Pflegeanstalten“ (ZELLER) geerbt. Die heutige Psychiatrie-Reform will die Funktionen *Hellen* und *Pflegen* wieder aufteilen. Dabei sollte aber das Anliegen nicht in Vergessenheit geraten, was im vorigen Jahrhundert für diese institutionelle Lösung von zentraler Bedeutung war. *Keine Ausgrenzung der „Unheilbaren“*: Dieselbe Institution sollte für die Heilbaren wie für die Unheilbaren zuständig bleiben, weil man befürchtete, daß Institutionen nur für Unheilbare zu ihrer grausamen Vernachlässigung führen.

Die Argumente formulierte einer der führenden Anstaltspsychiater der USA und Verfasser eines klassischen Werkes der Krankenhausarchitektur, KIRK-BRIDE, 1854 folgendermaßen - sie werden hier ausführlich zitiert, weil sie heute genauso aktuell sind wie damals, wenn man den Blick auf die „Unheilbaren“ aus Kreisen und Städten richtet, statt auf die damals vorgeschlagene institutionelle Lösung des Problems:

„Der erste wichtige Einwand gegen eine solche Trennung ist, daß niemand mit ausreichender Sicherheit sagen kann, wer unheilbar ist; und irgend jemand in eine Einrichtung solcher Art zu verdammen, bedeutet, ihn völliger Hoffnungslosigkeit zu überantworten ...

Glücklicherweise sind exakt dieselbe Art von Mitteln erforderlich für die beste Betreuung und die Behandlung von Heilbaren und Unheilbaren, und man kann ebensoviel Geschick zeigen bei der einsichtsvollen Pflege für die letzteren wie für die ersteren. Wenn die Unheilbaren in derselben Institution sind wie die Heilbaren, dann ist die Gefahr gering, daß sie vernachlässigt werden; aber wenn sie erst einmal in für sie bestimmte Einrichtungen abgeschoben sind, läßt uns alle Erfahrung glauben, daß nur wenig Zeit verstreichen wird, bevor sie anfangen, Stufe um Stufe zu sinken, psychisch wie physisch, weil ihre Pflege Personen anvertraut wurde, die nur von selbstsüchtigen Motiven getrieben werden - wobei das große Ziel ist festzustellen, zu welchem geringem Preis pro Woche Seele und Leib zusammengehalten werden können - und früher oder später sind Grausamkeit, Vernachlässigung und Leid mit ziemlicher Sicherheit die notwendigen Folgen von jedem derartigen Experiment“ (zitiert nach GROB, Übersetzung H. K.).

Das Thema ist heute in anderer Form genauso aktuell wie damals. Wenn wir auch die damalige institutionelle Lösung des Problems als gescheitert und

nicht mehr zeitgemäß ansehen, so heißt aber das humanitäre Anliegen in heutige Psychiatrie-Reform übersetzt: Gemeindepsychiatrie ist nicht nur etwas für die Heilbaren, sondern sie muß vor allem für die „Unheilbaren“ zuständig bleiben. Psychisch Kranke - auch chronisch oder Langzeitkranke und Behinderte - sollen Mitbürger ihrer Kreise oder Städte bleiben, und dazu haben Behandlung, Rehabilitation, Hilfen zur Eingliederung und zur Pflege beizutragen, statt ihre weitere Ausgliederung und Ausbürgerung zu bewirken. Hinter diesem Anspruch bleibt die heutige Realität jedoch weit zurück.

Ich will nacheinander darstellen, was aus den Funktionen *Heilen* und *Pflegen* in der heutigen Psychiatrie-Reform wird.

Aus der *Heilanstalt* wird klinische Behandlung. Sie soll wohnortnah und in die übrige Krankenhausversorgung integriert sein. (Empfehlungen ... S. 279ff.).

Dieses Ziel kann auf zwei Wegen erreicht werden:

a) Aufbau einer Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, die die Versorgungs-
verpflichtung für eine definierte Region übernimmt, wodurch der zu große Einzugsbereich des bisher zuständigen Landeskrankenhauses kleiner wird. Es geht hier nur um die klinische Funktion „Behandlung“, die Abteilung ist keine verkleinerte „Heil- und Pflegeanstalt“!

b) Das Landeskrankenhaus dezentralisiert sich und kommt zur Gemeinde, indem es eine Außenstelle bildet, die für einen Teil des bisherigen Einzugsbereiches die Versorgungsverpflichtung übernimmt. Solche Außenstellen sollen nicht nur wohnortnah, sondern auch am Allgemeinkrankenhaus oder im funktionellen Verbund mit ihm stehen.

Für das Landeskrankenhaus bleibt je nach Lage ggfs. ein überschaubarer Versorgungsbereich, für dessen Bewohner es wohnortnah liegt.

Gefördert vom Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung konnten wir im Schwesternwohnheim der Orthopädischen Klinik in Kassel eine Institutsambulanz, eine Tagesklinik und eine Aufnahmestation entwickeln - mehr Platz gab es nicht im Gebäude. Das war eine Verlagerung vorhandener Kapazitäten in die Stadt, aber längst nicht genug, um die Voraussetzung zu schaffen, daß kein psychisch kranker Bürger aus Kassel deshalb in Merxhausen (20 km außerhalb der Stadt) behandelt werden muß, weil es nicht genügend Behandlungskapazitäten in Kassel gibt. Daß Kasseler Bürger so weit reisen müßten, um sich z. B. ein gebrochenes Bein verarzten zu lassen, das würde die Öffentlichkeit nicht hinnehmen.

Unser Krankenhaus, einschließlich Personalrat, ist bereit, mit den für Kassel in Merxhausen vorhandenen Kapazitäten nach Kassel umzuziehen. Wir warten - wie lange noch? - auf ein Sonderprogramm der Hessischen Landesregierung zur Realisierung gemeindenaher klinischer Psychiatrie. Eine psychiatrische Abteilung wird im neuen Jahr an den Städtischen Kliniken in Fulda in Betrieb genommen, nachdem der LWV vom PKH Marburg aus schon Anfang der 80er Jahre eine kleine Außenstelle dort eröffnet hatte.

Nach meiner Kenntnis gibt es bisher nur im Saarland in dieser Hinsicht eine konsequente Krankenhausplanung: Das PKH Merzig plant die Dezentralisierung und Verlagerung in die vier Landkreise des bisherigen Versorgungsgebietes.

Bis jetzt manifestierte sich die gesellschaftliche Vernachlässigung der Psychiatrischen Krankenhäuser insbesondere auch in der unzureichenden Ausstattung mit therapeutischem Personal. Der Standard blieb in den meisten Krankenhäusern bisher weit hinter dem somatischer Krankenhäuser zurück.

Dies kann jetzt anders werden: Mit der Psychiatrie-Personalverordnung, die im November 1990 den Bundesrat passierte, hat der Bundesarbeitsminister endlich eine aus fachlicher Sicht vorbildliche Grundlage für die Personalausstattung im stationären und teilstationären Bereich geschaffen, die eine auf Behandlung und Wiedereingliederung ausgerichtete klinische Psychiatrie ermöglicht.

Institutsambulanzen sind zwar seit 1976 möglich, aber erst seit einigen Jahren ist auch die Finanzierung sogenannter nichtärztlicher Therapeuten grundsätzlich geregelt (§§ 118 und 120 SGB V). (Dies gilt nur für Psychiatrische Krankenhäuser, psychiatrische Abteilungen können Institutsambulanzen nur nach Bedarfsprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung errichten.)

Bisher war multiprofessionelle Behandlung nur finanzierbar, wenn der Patient auch ein Bett belegte. Mit der Finanzierbarkeit von Institutsambulanzen und teilstationärer Behandlung, auch für Suchtkranke und gerontopsychiatrisch Kranke, könnte jetzt die Belegung von Betten auf die Patienten beschränkt werden, die ganztags ein therapeutisches Milieu (aus somatischen und/oder psychosozialen Gründen) benötigen - wenn außerdem die Wohnortnähe der Behandlung realisiert wird.

Die Rahmenbedingungen: Wohnortnähe, flexible Abstufung der Behandlung und angemessene Personalausstattung, sowie Integration in die übrige Krankenhausversorgung sollen Behandlung ermöglichen, die sich auf die individuelle Persönlichkeit des Kranken, seine spezifische Variante von Erkrankung sowie seine konkrete soziale Situation bezieht; Ziel ist es, daß die Kranken und ihre Angehörigen die Krankheit möglichst begreifen und in ihre Biographie einbeziehen, daß sie lernen,

- Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten einzuschätzen
- be- und entlastende Situationen in ihrem realen Leben selber zu erkennen und zu beeinflussen
- sich Hilfeangebote in der Gemeinde zu erschließen,

um so ein Stück Steuerungsmöglichkeit und Eigenverantwortlichkeit für ihre Krankheit und Behandlung zu übernehmen. (Dies ist auch eine entscheidende Voraussetzung dafür, daß Betroffene zur Verbesserung ihrer Lage politisch aktiv werden können.)

Wenn sich abgestufte klinische Behandlung, auch im Psychiatrischen Kran-

kenhaus, versteht als Teil eines gemeinde-psychiatrischen Netzes, dann ist der geistige Bezugspunkt allen therapeutischen Handelns nicht mehr die Station: Krankheitssymptome, Therapieziele und -Inhalte sind in ihrer Relevanz für die konkreten normalen Lebenssituationen der Patienten zu sehen und nicht primär in bezug auf ihre Bedeutung für das Leben auf der Station. Dasselbe gilt für Verhaltensnormen, Stationsaufgaben für Patienten, Aufgaben in der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, für Musik, Sport usw. All diese Programme sind nicht primär in bezug auf therapeutische Methoden und Angebote, sondern von ihrer individuellen therapeutischen Relevanz für die Patienten zu legitimieren.

Die Einbeziehung der Lebensgeschichte, der Angehörigen und des konkreten sozialen Umfeldes der Patienten kann aber nicht nur gedanklich, sondern muß auch praktisch erfolgen. Therapeuten (dieser Begriff umfaßt auch Pflegepersonal) fahren mit den Patienten nach Hause (oder in komplementäre Einrichtungen), um konkret die Wechselwirkung zwischen Erkrankung und Lebensumständen zu verstehen und daraus zusammen mit dem Patienten und den Angehörigen therapeutische Schritte zu entwickeln. Therapie findet immer weniger stationsgebunden, sondern immer mehr in den Lebensräumen außerhalb der Station, noch im Schutzraum des Krankenhauses, aber wenn immer möglich in der realen Lebenswelt des Patienten statt. Angehörige werden zunehmend einbezogen, Beurlaubungen werden durch Vor- und Nachbereitung therapeutisch gezielt genutzt und nicht unter dem Gesichtspunkt der Stationsentlastung betrieben.

Die gestrige Kontroverse über „Spezialisierung oder Durchmischung“ hatte Züge eines Glaubenskrieges, weil die unterschiedlichen Rahmenbedingungen nicht berücksichtigt wurden:

Patienten mit gleichartigen Problemen in Stationen zusammenzufassen ist sinnvoll, solange wenig Personal vorhanden ist und damit eine individuelle Betreuung kaum und eine in die individuelle konkrete Lebenssituation hineingehende Behandlung schon gar nicht möglich ist; und solange die therapeutische Bandbreite des Personals noch sehr schmal ist. Man kann den Unterschied zwischen einer schlecht ausgestatteten 30-Betten-Station zu einer gut ausgestatteten 12-Betten-Station nicht einfach ignorieren.

Wir haben bei uns im Krankenhaus z. B. eine ausgefeilte Differenzierung im Suchtbereich, aber unter entsprechenden räumlichen und personellen Dingen kann man die verschiedenen Funktionen wie Entgiftung, Krisenintervention, Motivation, Entwöhnung, längere Behandlung hirnerkrankter Geschädigter auch auf einer oder zwei Stationen realisieren, einschließlich der Abstufung stationär, teilstationär, ambulant.

Wir schätzen 2 Gesichtspunkte in ihrer Bedeutung sehr hoch ein: die Einbeziehung der konkreten persönlichen Lebensverhältnisse und die Kooperation mit vorhandenen Hilfenetzen im Lebensfeld der Patienten. Ersteres erfordert *Wohnortnähe*, das zweite eine *funktionale Spezialisierung*, weil die kontinuierliche Kooperation z. B. bei Suchtkranken mit Beratungsstellen, Betrieben,

Selbsthilfegruppen usw. nicht dasselbe ist wie die mit einem differenzierten Netz der Altenhilfe usw.

Es kommt nicht auf starre Bevölkerungsgrößen oder Entfernungen an, sondern auf funktionale Verknüpfungen. In bezug auf Entfernungen weichen weit voneinander ab: Der Einzugsbereich einer Altentagesklinik ist infolge der eingeschränkten Mobilität der Zielgruppe klein, während berufliche Rehabilitation sich an regional üblichen Pendler-Entfernungen orientieren kann.

Ich komme nun zur *Pflegefunktion* der Heil- und Pflegeanstalt: Sie geht über auf die komplementären Dienste und Einrichtungen incl. Heime. - (Rehabilitation ist ein neuer Begriff. Was an Hilfen unter dem kostentechnischen Verständnis dieses Begriffes in den Blick kommt, ist zwischen Heilen und Pflegen anzusiedeln. Jedoch ist dieser Bereich aus vielen Gründen noch völlig unterentwickelt. - KUNZE 1989).

Die „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) gehen als Zielkonzept von einem komplementären Bereich aus, der wohnortnahe und bedarfsgerechte Hilfen für alle psychisch Behinderten (incl. mehrfachgeschädigte Suchtkranke, schwierige hirnorganisch gestörte und demente Menschen) vorsieht. Statt des Standardpaketes pauschalierter und unspezifischer Vollversorgung geht es darum, die verbliebenen, wenn auch unzureichenden Anteile sozialer Integration psychisch Kranker und Behinderter möglichst zu erhalten und zu fördern und nur um die fehlenden Anteile zu ergänzen. Hilfe zur Eingliederung darf nicht durch ihre Wohnortferne zur Ausgliederung führen. Dies setzt Wohnortnähe und eine Differenzierung der Hilfen in ambulante und komplementäre Hilfen nach Lebensbereichen (Wohnen, Arbeit/ Beschäftigung, Freizeit) voraus. Die Hilfen müssen ihre kontinuierliche Abstufung ermöglichen und entsprechend dem individuellen Bedarfsprofil flexibel kombinierbar sein (Baukastenprinzip), um Fortschritte und Rückschritte ohne erneute soziale Entwurzelung und damit Infragestellung des erreichten Reha-Teilzieles zuzulassen.

Das ist ein anderes Verständnis von Rehabilitation als: Der Patient wird durch die Reha-Kette von Station zu Station, von Einrichtung zu Einrichtung weitergereicht, und wenn er nicht auf eigene Füße kommt, wird er Pflegefall im Heim.

Bei uns wird aus kostentechnischen Vorgaben getrennt zwischen Rehabilitation bzw. Eingliederung einerseits und Pflege andererseits. In England umfaßt der fachliche Rehabilitationsbegriff beides. Es geht darum, „eine körperlich oder psychisch behinderte Person zu befähigen, in einem soweit als möglich normalen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“. (BENNETT 1975)

In diesem Zusammenhang sei speziell auf einige Kapitel in den „Empfehlungen der Expertenkommission“ verwiesen: „Gemeindepsychiatrie in funktionaler Betrachtungsweise“ (S. 137 ff.), das Konzept des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ (S. 295ff.) sowie die funktionale Auflösung vollstationärer

komplementärer Einrichtungen wie Übergangsheim, Wohnheim (S. 259ff., S. 61).

Nach den „Empfehlungen ...“ sind aber erst etwa 10% der Wohnplätze im komplementären Bereich als gemeindepsychiatrisch qualifiziert anzusehen, die anderen Lebensbereiche sind noch stärker unterentwickelt, insbesondere tagesstrukturierende Beschäftigung und Arbeit für nicht in Institutionen lebende Behinderte. Die meisten Menschen mit Hilfebedarf im komplementären Bereich werden in Heimen untergebracht, die für die meisten Bewohner in bezug auf ihren ursprünglichen Wohnort gemeindefern liegen und in denen, oft nicht mehr als eine kustodiale Grundversorgung realisiert ist. Die Ausgrenzung der Unheilbaren verläuft heute einerseits im großen Stil, andererseits in schwer überschaubaren, vielen kleinen Schritten, ein Problem der fragmentierten Verantwortung:

- Kommt es immer noch vor, daß Patienten mit der Aufnahme ins Landeskrankenhaus in der Heimatgemeinde im Einwohnermeldeamt abgemeldet und aus dem Wählerverzeichnis gestrichen werden, die Wohnung aufgelöst wird?
- Viele Krankenkassen üben massiven Druck aus, den Patienten früh zum sog. „Pflegefall“ zu machen und erreichen dies auch, wenn der behandelnde Arzt nicht Widerstand leistet und sich bis zum Gang vor das Sozialgericht einsetzt. (Man kann sich als Arzt durch Nachgeben viel Arbeit und vor allen Dingen auch die Zuständigkeit für seine Therapie-Versager wegnehmen lassen.)
- Eine regionale Versorgungsverpflichtung für komplementäre Hilfen widerspricht dem Selbstverständnis freier Träger, die die Freiheit beanspruchen, sich die Aufgaben selbst zu wählen.
- Wenn kleine, sozialpsychiatrisch profilierte Einrichtungen nur zu ihnen passende Patienten aufnehmen - Qualität „erfordert“ (??) Selektion nach Programm und Indikation, z. B. Wohnheim nimmt nur WfB-fähige Patienten auf -, dann bleiben Menschen mit komplexen Störungen übrig, die nirgends hinpassen.
- Wer nicht in programmorientierte und spezialisierte sozialpsychiatrische Einrichtungen paßt oder diese in ein bis zwei Jahren nicht erfolgreich durchläuft, bleibt im Krankenhaus, das Ersatzfunktion für fehlende, geeignete komplementäre Hilfen bekommt, oder er wird in ein Heim verlegt und erhält dort „Wartung und Pflege“, wie es in § 68 BSHG heißt.
- Die Sozialhilfe ist in der Regel nicht in der Lage, für die Personen, deren Kosten sie bezahlt, Übersichtsdaten zu erstellen, aus denen hervorgehen würde:

Wie viele Personen aus einem Kreis oder einer Stadt (Wohnort)

- erhalten Hilfen in welchen Einrichtungen wie weit vom Wohnort entfernt?
- welchen Altersgruppen gehören sie an?
- welche Behinderungen haben sie?

Sie kann auch bisher nicht feststellen, für wie viele Menschen aus einem Kreis, einer Stadt sie im PKH ersatzweise Eingliederungshilfen oder Hilfen zur Pflege bezahlt, *weil* die komplementären und ambulanten Hilfen dieses Kreises/dieser Stadt unzureichend entwickelt und ausgestattet sind.

Damit werden chronisch psychisch Kranke und Behinderte auch statistisch aus der Psychiatrie ausgegrenzt und treten als fehlplatzierte, unterversorgte Gruppe mit spezifischem Hilfebedarf nicht mehr in Erscheinung.

Der Heimbereich ist vermutlich ebenso groß wie der klinisch-stationäre (KUNZE 1981). Eine bundesweite Umfrage von KITZIG bestätigt den Umfang dieses dunklen Versorgungsbereiches und macht erschreckend deutlich, wie wenig auch die psychiatrischen Krankenhäuser über die Heime, in die sie ihre Patienten verlegt haben, wissen.

Vor einigen Wochen war ich in Freudenstadt in der psychiatrischen Abteilung zu einer Fachtagung zum Thema „Heime“. Dort wurde berichtet: Im Landkreis mit 100000 Einwohnern gibt es 1 500 Heimplätze mit mindestens 330 psychisch Behinderten, über die Hälfte jünger als 65 Jahre: nur 5 bis 10% aus dem Landkreis Freudenstadt, die anderen aus Baden-Württemberg und der ganzen alten Bundesrepublik. Den Heimen dort oben im Schwarzwald (oder anderswo) ist der Vorwurf zuletzt zu machen, daß die dort versammelten Behinderten keine geeigneten wohnortnahen Plätze finden konnten.

Heute werden die meisten „Unheilbaren“ aus dem Bereich für die „Heilbaren“ ausgegrenzt - und wir können die Befürchtungen der Psychiater im vorigen Jahrhundert über Institutionen nur für Unheilbare bisher nicht widerlegen.

Die Heil- und Pflegeanstalt war das einzige, aber umfassende Hilfeangebot für psychisch Kranke einer (zu) großen Region. Der gemeindepsychiatrische Ansatz geht von überschaubaren Regionen aus, für deren psychisch Kranke - und zwar auch für die Unheilbaren - differenzierte, wohnortnahe Hilfen aufgebaut werden sollen. Entscheidend für die zukünftige Entwicklung Psychiatrischer Krankenhäuser wird es sein, ob die wohnortnahen klinischen Einrichtungen (Abteilungen oder Außenstellen) und die komplementären Dienste und Einrichtungen keine „Unheilbaren“ in die Zuständigkeit eines überregionalen Krankenhauses verweisen. Wird die alleinige Versorgungsverpflichtung des Psychiatrischen Krankenhauses für all die psychisch Kranken und Behinderten, für die andere sich nicht für zuständig halten, qualifiziert aufgeteilt und dezentralisiert? Es geht um die Verkleinerung der Einzugsbereiche und die *Aufteilung der Versorgungsverpflichtung* je Einzugsbereich in Versorgungsverpflichtung für *klinisch-stationäre*, Versorgungsverpflichtung für *komplementäre* und Versorgungsverpflichtung für *ambulante* Hilfen. Dies wäre die entscheidende strukturelle Voraussetzung dafür, daß das Psychiatrische Krankenhaus in einer überschaubaren Region Teil des gemeindepsychiatrischen Netzes mit klinischen, komplementären und ambulanten Beiträgen werden kann.

Enthospitalisierung der sog. alten Langzeitpatienten

Mit „alten Langzeitpatienten“ meine ich Menschen, die seit 10, 20, 30 Jahren im PKH oder Heimen leben, und die keinen subjektiven Lebensmittelpunkt mehr außerhalb haben. Ihre große Zahl in Psychiatrischen Krankenhäusern und wohnortfernen Heimen ist Folge der unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten im klinischen Bereich und der unzureichenden ambulanten und komplementären Hilfen in ihren Heimat-Kreisen und -Städten.

Die neue Psychiatrie-Personalverordnung (Nov. 1990) des Bundesarbeitsministeriums regelt nur die Personalbemessung für Krankenhauspatienten im Sinne von Behandlung. Damit wird erneut die Frage gestellt, und was wird mit den anderen? Die Größenordnung des Problems in Krankenhäusern schwankt zwischen 0 und 75% der belegten Betten. Mit diesem Problem wurde von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Bundesland zu Bundesland verschieden umgegangen.

Die unterschiedlichen Praktiken haben verschiedene Vor- und Nachteile.

- Die forcierte Verlegung ggfs. auch in wohnortferne Heime bringt den betroffenen Langzeitpatienten möglicherweise eine Verbesserung der Unterbringung: Statt Bettensaal oder Mehrbettzimmer nun Doppel- oder Einzelzimmer, aber auch erneute Entwurzelung, Verlust noch vorhandener sozialer Bezüge und die Abkoppelung von rehabilitativ orientierten Hilfen.
- Heimbereiche auf dem Gelände der Psychiatrischen Krankenhäuser führen möglicherweise zu einer Verbesserung der räumlichen Verhältnisse, aber unter Lebensverhältnissen von Stationscharakter: „Ein Bett ist keine Wohnung“ (MÜHLICH von STADEN u. a.). So wird ein überregionales Sammelbecken für Schwerst- und mehrfach Behinderte erhalten (vgl. „Vorwärts - zurück zur Heil- und Pflegeanstalt“, KUNZE 1986).
- Wenn bisher keine organisatorische Ausgliederung aus dem PKH erfolgte, bleibt die qualifizierte Eingliederung in wohnortnahe komplementäre Einrichtungen Thema, sofern die Therapeuten sich darum kümmern. Der Nachteil besteht darin, daß der Druck der Heimaufsicht zur Verbesserung der räumlichen Verhältnisse nicht wirken kann.
- Es gibt aber auch die Konstellation des konspirativen Einverständnisses zwischen Krankenhausträger, Heimaufsicht und dem für Investitionen zuständigen Landesministerium, diese alten Langzeitpatienten organisatorisch im Krankenhaus zu belassen, um Investitionsbedarf nicht auszulösen.
 - Als bei uns in Hessen vor 2 Jahren in einigen Krankenhäusern die Langzeitbereiche mit geistig Behinderten in Heilpädagogische Einrichtungen umgewandelt wurden und damit in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht gerieten, stellte diese in einzelnen Gebäuden Überbelegungen bis zu 100% fest.

Erst wenige Krankenhaus-Träger haben aus der schon in der Psychiatrie-Enquete (1975) aufgestellten These Konsequenzen gezogen: Psychiatrische

Krankenhäuser sind kein Ort zum Leben für geistig Behinderte. Das Konzept der regionalisierten wohnortnahen Versorgungsverpflichtung für alle geistig Behinderten eines Kreises/einer Stadt anstelle Ausgliederung in wohnortferne überregionale Großinstitutionen wartet immer noch auf seine Umsetzung.

Für die psychisch Kranken und Behinderten in den PKH's des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV), die eigentlich nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, zeichnet sich jetzt ein qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm ab, an dem der LWV als Krankenhausträger und Landessozialamt, das Land, die Krankenhäuser und im nächsten Planungsschritt Kreise, Städte und Wohlfahrtsverbände gemeinsam arbeiten. Fragmentierte Zuständigkeiten führen aber zu enormen Schwierigkeiten, diesen Prozeß geordnet durchzuführen. Z. B. hat die für Krankenhausplanung im Sozialministerium zuständige Abteilung die Ausgliederung dieser Betten aus den Krankenhäusern für 1993 schon definitiv entschieden, bevor andere, für die Investitionsmittel zuständige Abteilungen desselben Ministeriums über die Investitionsmittel für die zu schaffenden Plätze in komplementären Einrichtungen überhaupt mit sich reden lassen. Die Ausgliederung aus dem Krankenhaus muß aber das Ergebnis der qualifizierten Enthospitalisierung und nicht der erste Schritt in eine Ungewisse Zukunft sein. Oder will das Ministerium sich selbst unter Zugzwang setzen? Nur wenn das nichts wird, muß befürchtet werden, daß die Heimaufsicht die Investition riesiger Summen in die alten Krankenhausgebäude erzwingt, die an anderer Stelle dann fehlen. Außerdem fehlt dann im Krankenhaus der Platz zur Verkleinerung der immer noch zu großen Behandlungsstationen, wenn die „alten Langzeitpatienten“ nicht ausziehen.

Zur Zeit läuft bei uns im Hause eine Bedarfserhebung mit der Fragestellung: Wenn die nicht-krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten nicht mehr im Krankenhaus leben sollen, welche ambulanten und komplementären Hilfen (Wohnen, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit) benötigen sie, und zwar wo? Ist ihr früherer Wohnort als Lebensmittelpunkt noch reaktivierbar, oder ist das Krankenhausumfeld in 10, 20, 30 Jahren zum Lebensmittelpunkt geworden? Bei der Frage nach den ambulanten und komplementären Hilfen achten wir insbesondere auch darauf, ob ggfs. über die herkömmlichen komplementären Bausteine hinaus Hilfen erforderlich sind, damit nicht weiterhin das Krankenhaus die einzige Alternative bleibt, weil die komplementären Hilfen in Kreisen und Städten unzureichend konzipiert und ausgestattet sind,

Wir melden komplementären und ambulanten Bedarf an:

- in den Heimat-Kreisen und -Städten der Patienten mit (ggfs. aktivierbarem) subjektivem Lebensmittelpunkt dort,
- im Umfeld des Krankenhauses für die Patienten, deren Lebensmittelpunkt der Ort des Krankenhauses geworden ist: Enthospitalisierung und Auszug aus dem Krankenhaus, aber ohne erneute gewaltsame Entwurzelung.

Zu schaffende Heime sollen aus normalen Wohnungen für ein, zwei oder mehr Personen bestehen, die eingestreut in Wohngebiete liegen: gemietet, gekauft oder neu gebaut (Normalisierung des Wohnbereiches), soweit nicht

körperliche Gebrechlichkeit oder anhaltende Verwirrtheit besondere Vorkehrungen erfordern. Das Heim ist räumlich dezentralisiert, Begriffe wie Heim, Wohnheim, ambulant betreute Wohngemeinschaft definieren kostentechnische Unterschiede der Betreuung und Hilfe, nicht aber räumlich abgetrennte Komplexe, die baulich als Institutionen erkennbar sind mit je für sich fest zugeordnetem Personal.

Diese Normalisierung für den Wohnbereich, statt klassischer Heimgebäude, hat langfristig einen weiteren entscheidenden Vorteil: Wenn der Bedarf an Wohnungen für „ältere Langzeitpatienten“ im Umfeld des Krankenhauses mit den Jahren abnimmt und Kreise und Städte keine „neuen Chronischen“ mehr in überregionale Psychiatrische Krankenhäuser ausgrenzen, dann können diese Wohnungen schrittweise ja auch an andere Menschen vermietet werden.

Politische Verantwortung für psychisch kranke Mitbürgerinnen

Das zentrale Problem eines gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes ist die Frage, ob die bisher allein beim Psychiatrischen Krankenhaus liegende Versorgung für all die psychisch Kranken, für die andere sich nicht (mehr) für zuständig halten, qualifiziert aufgeteilt und dezentralisiert wird: überschaubarer Versorgungsbereich mit aufgegliederter Versorgungsverpflichtung je getrennt für klinische, für ambulante und für komplementäre Hilfen.

Gemeindepsychiatrie ist eine therapeutische Herausforderung, auch für die vorhandenen schwierigen Patienten mit komplexen Störungen geeignete Therapien und Hilfen zu realisieren, statt umgekehrt für geschätzte und prestigeträchtige Therapieformen und Einrichtungen die geeigneten Patienten auch von weit her zu suchen. Die Übernahme dieser Aufgaben setzt allerdings voraus, daß die entsprechenden Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung mindestens genauso gut, möglichst besser ausgestattet sind als die ambulanten, komplementären oder klinischen Einrichtungen, die keine Versorgungsverpflichtung übernehmen. Diese gemeindepsychiatrische Aufgabe als freiwillige Kooperationsleistung zustande zu bringen, ist sicher nur ausnahmsweise möglich. Hier ist die Politik gefordert: Der Kreis/Die Stadt haben im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge die *politische* Verantwortung - aber leider oft kein Interesse - dafür, daß psychisch Kranke und behinderte Mitbürger auch Mitbürger bleiben können, weil sie mit Unterstützung durch bedarfsgerechte, differenzierte Hilfen in ihrer Gemeinde leben können. Der Kreis/Die Stadt haben die zuständigen Kosten- und Einrichtungsträger in die Pflicht zu nehmen, für je konkret zu bezeichnende Zielgruppen, die bisher nur wohnortferne und unzureichende Hilfen erhalten, angemessene und wohnortnahe Hilfeangebote aufzubauen.

Ob die zukünftige Entwicklung Psychiatrischer Krankenhäuser von der überregionalen Ersatzfunktion für selektive klinisch-stationäre, komplementäre und ambulante gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen geprägt wird, oder ob das Psychiatrische Krankenhaus ein integraler Bestandteil eines

gemeindepsychiatrischen Netzes werden kann, hängt nicht nur von ihm selbst, sondern entscheidend von den anderen, an der psychiatrischen Versorgung beteiligten therapeutischen Institutionen, den Kostenträgern, den Betroffenen und insbesondere vom politischen Willen der Gesellschaft ab.

Wo die Städte und Kreise sich um diese gemeindepsychiatrische Verantwortung herumdrücken und Krankenhäuser selber nur noch indikationsorientiert Patienten aufnehmen, werden Kranke mit aggressiven Verhaltensweisen in die forensische Psychiatrie oder in Gefängnisse überstellt, Patienten mit dissozialen Verhaltensweisen driften in Nichtseßhaftenquartiere und die Stillen und Zurückgezogenen verschwinden in wohnortfernen kustodialen Heimen (KUNZE 1984). Dann bestünde die Psychiatrie-Reform in der kosmetischen Operation, sich auf die Funktion der Heilanstalt zu beschränken und die Funktion *Pflege* aus der Psychiatrie zu verdrängen.

Literaturverzeichnis

- BENNETT, D. H.: Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien.
In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie ... S. 797-827.
Deutscher Bundestag Drucksache 7/4201 (1975)
- BENNETT, D. H.: Probleme der beruflichen und sozialen Rehabilitation psychisch Kranker in Großbritannien.
In: KULENKAMPFF, C. und PICARD, W. (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker - Ein internationaler Vergleich.
Rheinland-Verlag, Köln. 1989.
- DÖRNER u. a.: Der Krieg gegen die psychisch Kranken.
Psychiatrie-Verlag, Bonn. 1980.
- GROB, G. N.: Mental Institutions in America: Social Policy to 1875.
Free Press, New York. 1973.
- KITZIG, P.: Betreuungsformen chronisch psychisch Kranker außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses *Psychiatrische Praxis* 7 (1980) 212-222
- KUNZE, H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland.
Nervenarzt 48 (1977) 83-88
- KUNZE, H.: Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime - Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Enke, Stuttgart. 1981.

- KUNZE, H.: Probleme der beruflichen und sozialen Rehabilitation psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland.
In: KULENKAMPFF, C. und RICARD, W. (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker - Ein internationaler Vergleich. Rheinland-Verlag, Köln. 1989.
- KUNZE, H.: Psychiatrie-Reform der Gegenwart: Fortschritt und seine Opfer.
In: DÖRNER, K. (Hrsg.): Fortschritt der Psychiatrie im Umgang mit Menschen (36. Gütersloher Fortbildungswoche).
 Psychiatrie-Verlag, Bonn. 1984.
- KUNZE, H./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung - von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen.
 Rheinland-Verlag, Köln. 1992
- KUNZE, H.: „Vorwärts! Zurück zur Heil- und Pflegeanstalt“. Zukünftige Entwicklungen Psychiatrischer Krankenhäuser.
In: HEIMANN, H. u. H. J. GAERTNER (Hrsg.): Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen.
 Springer, Berlin. 1986.
- KUNZE, H.: Das Psychiatrische Krankenhaus in der Entwicklung von der anstalts- zur gemeindezentrierten Versorgung.
In: BORSI, GABRIELE M. (Hrsg.): Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag
 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. 1989.
- KUNZE, H.: Funktionswandel des psychiatrischen Krankenhauses.
In: THOM, A., WULFF, E. (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel.
 Psychiatrie-Verlag, Bonn. 1990.
- MITSCHERLICH, A., MIELKE, F. (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit.
 Fischer Taschenbuch, Frankfurt. 1960.
- MÜHLICH von STADEN, CHR.; WOLFF, E.; MÜHLICH, W.: Ein Bett ist keine Wohnung.
 Psychiatrie-Verlag, Bonn. 1982.
- SCHMIDT, G.: Das unerwünschte Buch.
In: BÖCKER, F., WEIG, W. (Hrsg.): Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie.
 Springer, Berlin. 1987.
- WING, J. K., BROWN, G. W.: Institutionalism and Schizophrenia - A Comparative study of Three Mental Hospitals 1960-1968.
 University Press, Cambridge. 1970.
- ZELLER, G.: Von der Heilanstalt zur Heil- und Pflegeanstalt. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 49 (1981) 121-127.

Die Bedeutung Psychiatrischer Abteilungen an Allgemein-krankenhäusern in der Versorgung

Manfred Bauer

Wie Sie wissen, war und ist die Bedeutung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (PAAK) umstritten. Für die einen leisten sie nach wie vor „keinen nennenswerten Beitrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker“ - so 1983 der damalige Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in einem Brief an seinen damaligen, auch in den neuen Bundesländern durch seine Kandidatur zum Ministerpräsidenten von Thüringen bekannt gewordenen Gesundheits- und Sozialminister Farthmann. Diesem wurde schlicht abgeraten, den Aufbau weiterer Abteilungen zu fördern, wenn dies aber aus politischen Gründen schon unvermeidbar sei, dann nur solche, die über mindestens 140 Betten verfügten. Nur auf diese Weise nämlich sei eine regionale Pflichtversorgung zu gewährleisten, alles andere aber sei von Übel.

Derartige Töne hörte man in den 70ern und Anfang der 80er Jahre nicht nur aus den Planungsabteilungen der Landschafts- und Landeswohlfahrtsverbände, dieses Lied wurde verständlicherweise auch von denen gesungen, die um den Bestand ihrer großen Krankenhäuser fürchteten, den Direktoren und Chefärzten dortselbst.

Sie polemisierten nicht nur mit dem Begriff der „Zweiklassenpsychiatrie“ - die akut Kranken in die Abteilungen, die Chronischen in die Anstalt -, sondern unterlegten ihr Votum darüber hinaus mit einem pseudofachlichen Argument, mit dem seinerzeit auch schon HAFNER in der Psychiatrie-Enquete gegen „kleine Einheitskrankenhäuser“ zu Felde gezogen war: Erst ab etwa 200 Betten sei es möglich, eine patientengerechte und an therapeutischen Notwendigkeiten orientierte interne Differenzierung vorzunehmen, also die „ruhigen“ von den „unruhigen“, die depressiven von den schizophrenen, die jungen von den alten Kranken zu separieren und je nachdem, in jedem Fall aber sie besser zu behandeln, als wenn man sie durchmische.

Es mag ja sein, daß sich dahinter nicht nur interessengeleitetes falsches Bewußtsein, also psychiatrische Ideologie, verbirgt, sondern diese Auffassung auf konkreter Berufserfahrung basiert. Verwundern muß nur, daß diese Position nicht von denen vertreten wird, die es eigentlich wissen müßten, den Abteilungsleitern nämlich oder denjenigen Universitätskliniken, die gleichzeitig eine regionale Pflichtversorgung übernommen haben, sondern von Anstaltsdirektoren, die erkennbar nicht von ihren eigenen, sondern über die Erfahrungen der anderen reden, die von diesen selbst so aber gar nicht gemacht werden. Abgesehen davon, daß es wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Frage nicht gibt, und auch abgesehen davon, daß man die Betroffenen, Patienten nämlich und ihre Angehörigen, nur selten gefragt hat.

Dort, wo dies geschah, war deren Votum allerdings eindeutig, hätten sie eine praktische Wahlmöglichkeit, könnten sie mit den Füßen abstimmen, wäre die Sache schnell entschieden.

Es ist keineswegs meine Absicht, die schon fast historisch gewordene bundesrepublikanische Kontroverse zwischen psychiatrischen Großkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wieder aufzuwärmen oder gar die Kollegen aus der ehemaligen DDR zu animieren, daran teilzunehmen. Ich fürchte allerdings, sie wird dann unvermeidlich sein, wenn es darum geht, die in den Landeshaushalten der fünf neuen Bundesländer in Zukunft für die Psychiatrie zur Verfügung stehenden Mittel zu verteilen und Entscheidungen darüber zu treffen, ob diese - grob gesagt - zur Sanierung der Bausubstanz psychiatrischer Großkrankenhäuser verwendet werden sollen oder aber zur strukturellen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung insgesamt mit dem Ziel, psychiatrische Krankenhäuser der herkömmlichen Art tendenziell überflüssig werden zu lassen, mit anderen Worten, aktiv ihre Auflösung zu betreiben.

Der Königsweg zur Auflösung der Anstalten aber ist zweifellos die Etablierung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung. Hierdurch wäre nicht nur die Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin und damit einhergehend die Teilhabe an den Fortschritten der somatischen Disziplinen am besten gewährleistet, sondern auch der Forderung nach Gemeindenähe der psychiatrischen Versorgung, nach ihrer Verflechtung mit anderen gemeindlichen Infrastrukturen im sozialen und psychosozialen Bereich Genüge getan. Abgesehen von dem Profit, den die somatischen Fächer daraus ziehen, wenn auf die psychiatrische Kompetenz direkt zurückgegriffen werden kann.

Nach dieser vielleicht etwas zu lang geratenen Einführung ins Thema will ich jetzt zu einigen Fakten kommen, die den aktuellen Stand der Abteilungspsychiatrie in der ehemaligen BRD widerspiegeln. Da es sich um mehr oder weniger globale Angaben handelt, ist dabei in Erinnerung zu rufen, daß die Entwicklung regional sehr unterschiedlich verlaufen ist, so daß mit Recht davon gesprochen werden kann, daß die einzelnen Bundesländer in sogenannte abteilungsfreundliche, in anstaltsfreundliche und in ambivalente unterteilt werden können. Zu den „abteilungsfreundlichen“ gehört ganz sicher Nordrhein-Westfalen, zu den „anstaltsfreundlichen“ ebenso sicher Schleswig-Holstein und Bayern. Über die Zuordnung von Hessen, Niedersachsen und der beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen mag man sich streiten, je nachdem, ob man dazu neigt, ein Glas Wein als halb voll oder halb 'leer zu bezeichnen, wird die Antwort ausfallen. Der Rest ist eindeutig ambivalent. Doch nun zum Überblick.

Als die Psychiatrie-Enquete in Auftrag gegeben wurde, im Jahre 1971, gab es genau 21 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, 1990 gibt es deren 96, ihre Zahl hat sich innerhalb von 20 Jahren nahezu verfünffacht

Psychiatr. Abteilungen Zunahme seit 1970

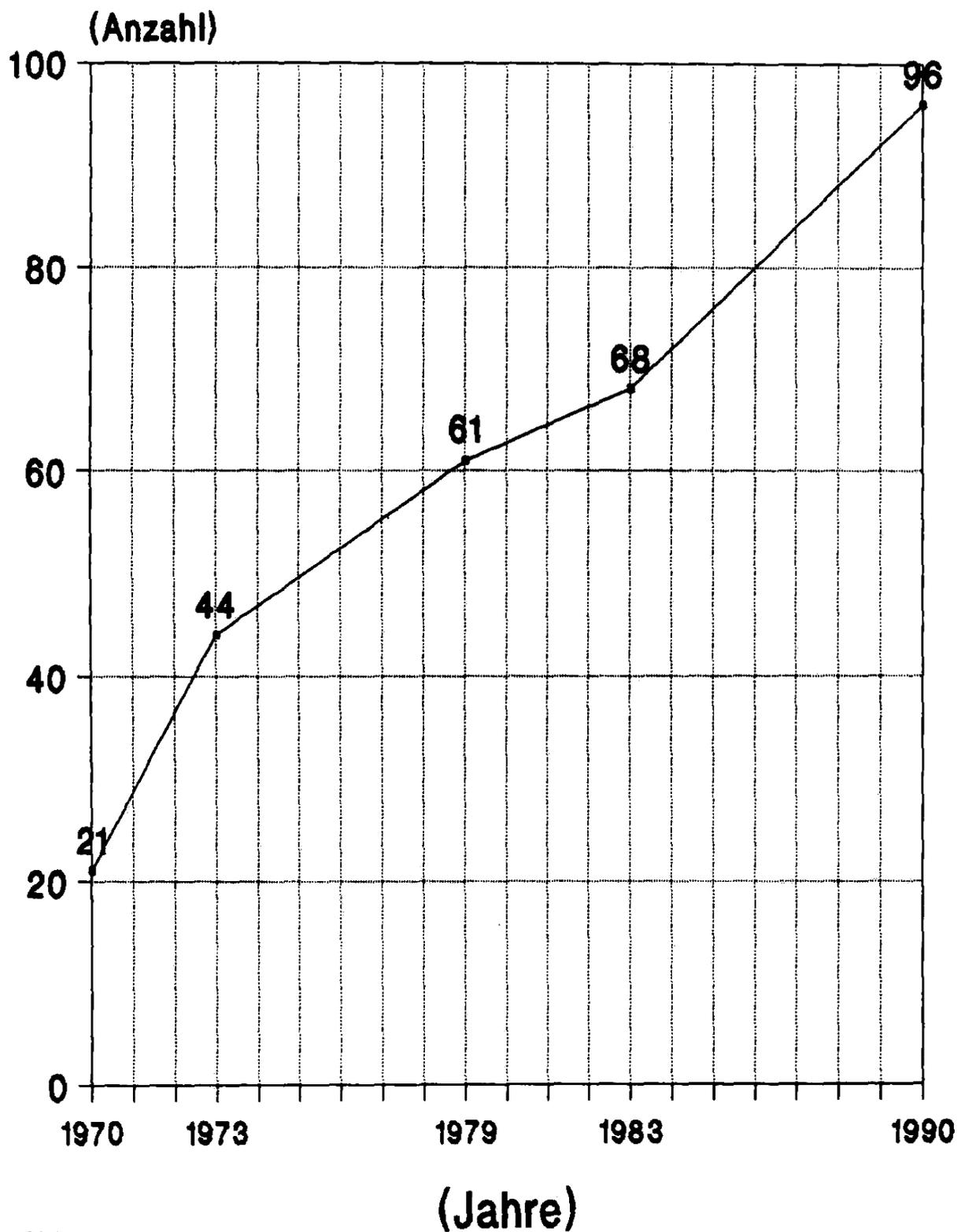


Abb. 1

(Abb. 1). Sie übertrifft damit die Anzahl psychiatrischer Großkliniken in öffentlicher Trägerschaft, von denen es etwa 70 gibt, bei weitem. Nimmt man die 25 psychiatrischen Universitätskliniken, die ebenfalls Abteilungscharakter haben, hinzu, so ist festzustellen, daß derzeit allein in den alten Bundesländern 122 Abteilungen mit insgesamt ca. 11 000 Betten zur Verfügung stehen. Bei einer mittleren Verweildauer von ca. 30 Tagen bedeutet dies, daß jährlich etwa 120000 Patienten in diesen Einrichtungen aufgenommen werden, ungefähr ebensoviel wie in psychiatrischen Großkrankenhäusern. Da alle diese Abteilungen gemeindenah, die meisten von ihnen in städtischen Ballungsgebieten liegen, wird man davon ausgehen dürfen, daß weit mehr als die Hälfte aller aus psychiatrischen Gründen hospitalisierten Kranken schon heutzutage in ihren Heimatgemeinden stationär versorgt werden können.

Diese im Grunde optimistische Sicht der Dinge ist jedoch in mehrfacher Hinsicht zu relativieren. Zum einen ist es keineswegs so, daß alle diese Abteilungen rein psychiatrischer Natur wären, nicht ganz wenige unter ihnen führen auch neurologische Betten. Dies trifft natürlich nicht für die 25 Universitätskliniken zu, in denen nach dem 2. Weltkrieg die Trennung zwischen Neurologie und Psychiatrie sukzessive vollzogen wurde, und es betrifft auch jene etwa 45 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nicht, die sich einer regionalen Versorgungsverpflichtung stellen. Dennoch läßt sich nicht leugnen, daß von den ca. 100 außeruniversitären Abteilungen etwa 25% eine gemischte psychiatrische und neurologische Klientel behandeln, obwohl im letzten Jahrzehnt nach meiner Kenntnis jede Neugründung neuropsychiatrischer Abteilungen unterblieben ist. Da hierüber genaue Daten nicht vorliegen, greife ich auf die Ergebnisse einer 1983 von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführten Erhebung zurück, um den Trend zu verdeutlichen.

Von den 1970 vorhandenen 21 Abteilungen waren 75% neuropsychiatrische und 25% reine Psychiatrien. 1983 hatte sich die Ausrichtung mit 39 : 61% völlig verschoben, 1990 - wie gesagt - dürfte die entsprechende Quote bei 25 : 75 oder sogar darüber liegen (Abb. 2). Dies hängt natürlich auch damit zusammen, daß in den zurückliegenden Jahren eine Vielzahl eigenständiger neurologischer Kliniken gegründet worden sind, so daß die beiden Fächer Neurologie und Psychiatrie letztlich nur noch durch die Klammer des niedergelassenen Nervenarztes - und hier weniger aus fachlichen, sondern aus ökonomischen Gründen - zusammengehalten werden.

Die entscheidende Frage ist jedoch die, wie viele dieser Abteilungen sich zu einer regionalen Versorgungsverpflichtung bekennen und über das Glaubensbekenntnis hinaus diese auch praktizieren.

Vor einigen Jahren hat sich aus der ständigen Konferenz der Leiter psychiatrischer und neuropsychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eine Gruppe von etwa 45 Chefarzten zu einem Arbeitskreis „sektorvisierte Psychiatrie“ unter Federführung von PHILIPZEN (Bad Driburg) zusammengeschlossen. Diese Gruppe führte im Jahre 1988 eine Umfrage bei ihren Mitgliedern durch mit dem Ziel, in Erfahrung zu bringen, wie weit die regionale

Anteil psychiatrischer und neuro-psychiatrischer Abteilungen (N = 56).

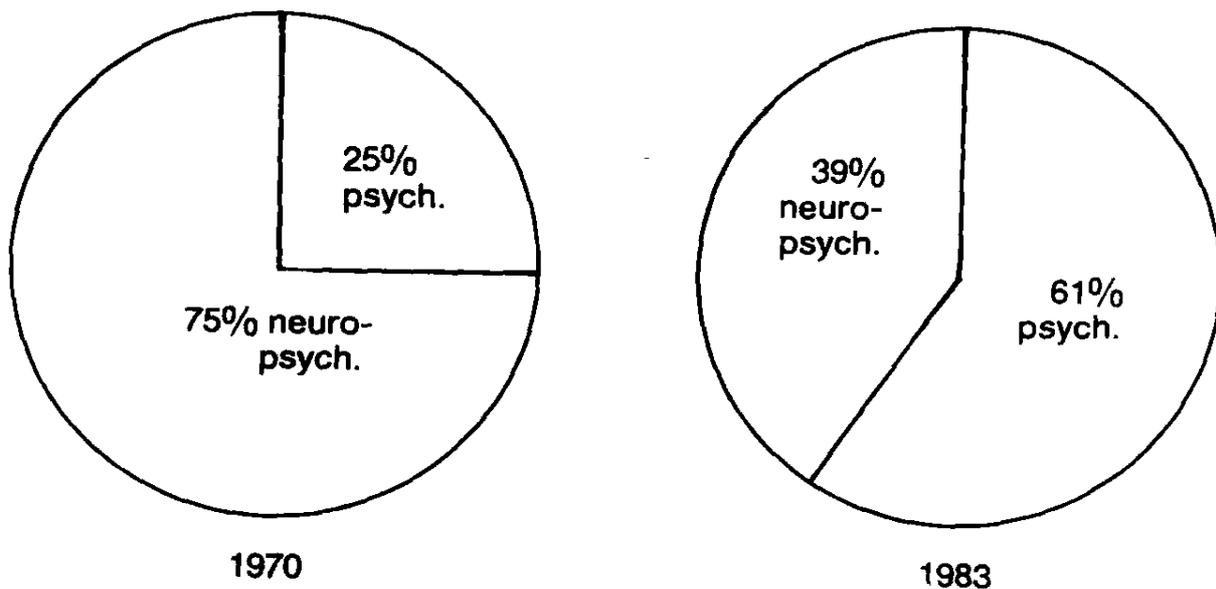


Abb. 2

Autarkie, d. h. die Unabhängigkeit von einem psychiatrischen Großkrankenhaus gediehen ist. An dieser von PFEIFFER und PHILIPZEN durchgeführten und von ihnen auch publizierten Umfrage beteiligten sich 41 Abteilungen. Einige in unserem Zusammenhang interessierende Daten will ich im folgenden darstellen.

Zunächst zur Größe der Kliniken. Bekanntlich hatte die Psychiatrie-Enquete-Kommission aus den eingangs genannten Gründen als Richtgröße mindestens 200 Betten vorgeschlagen. Dieser schon damals mühsam ausgehandelte Kompromiß zwischen der „Anstaltsfraktion“ und jenen Kommissionsmitgliedern, die die „Abteilungslösung“ favorisierten, hatte in der Realität der Krankenhaus- und Trägerlandschaft keinerlei Bestand. Nur zwei von 41 Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung oder anders ausgedrückt, nur zwei von 122 psychiatrischen Abteilungen überhaupt, verfügen über mehr als 180 Betten (Abb. 3). Dies hat zum einen damit zu tun, daß eine Abteilung mit 200 und mehr Betten im Verhältnis zu den anderen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses unproportional groß ist und insofern einen strukturellen Fremdkörper darstellen würde, zum anderen haben sich aber auch die Auffassungen über die Notwendigkeit der inneren Differenzierung auf Stationsebene geändert. Viele Abteilungen sehen sich daher in der Lage, eine spezifische Behandlung z. B. durch Stationsübergreifende Gruppenangebote zu machen oder, wie die Expertenkommission dies nennt, eine Programmdifferenzierung statt einer Stationsdifferenzierung zu realisieren. Hierfür günstige Rahmenbedingungen sind die relativ kleinen Stationsgruppen und eine im Vergleich zu den Psychiatrischen Krankenhäusern bessere Personalausstattung. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Abteilungen verfügt über 60-100

Psychiatr. Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung (N=41) Größe des stationären Bereichs

(Bettenzahl)

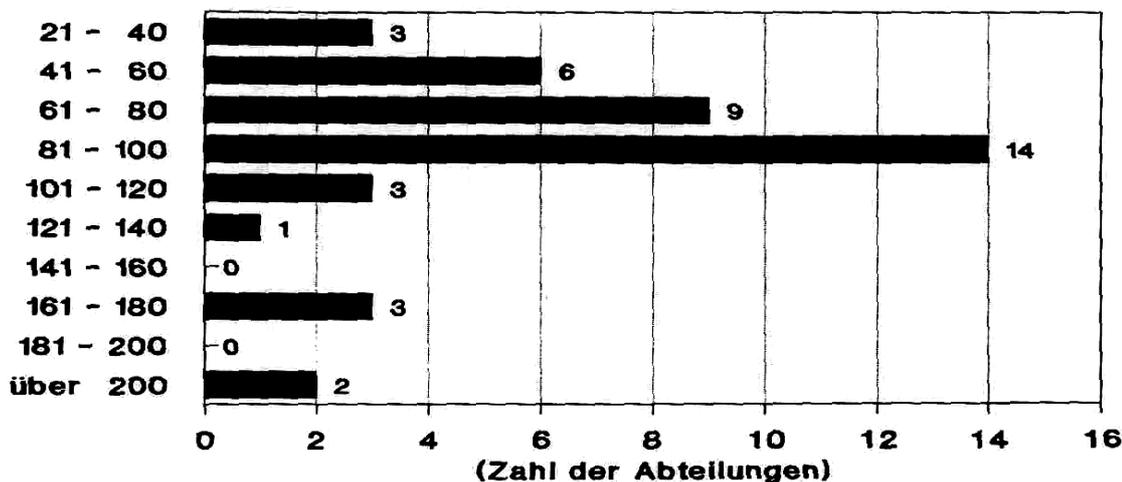


Abb. 3

Betten, eine durchaus vernünftige Größenordnung also, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Empfehlungen der Expertenkommission, den „gemeindepsychiatrischen Verbund“ - und damit in letzter Konsequenz auch die Einzugsbereiche der Krankenhäuser oder sofern diese als Übergangslösung intern sektorisieren müssen, einzelne Teile von ihnen - auf max. 150000 Einwohner zu beziehen. Bei einer erreichbaren Bettenmeßziffer von 0,5‰ - d. h. 1 Bett auf 2000 Einwohner - würde dies im stationären Bereich eine Abteilungsgröße von ca. 80 Betten nach sich ziehen. Die in den letzten Jahren neu gegründeten Abteilungen haben fast alle diese Größenordnung.

Neben der Größe der Abteilung spielte unter der Horrorvision einer „Zweiklassenpsychiatrie“ immer auch deren Leistungsfähigkeit in der Diskussion eine Rolle. Beides wurde in einem inneren Zusammenhang gesehen, der ja auch einleuchtet. Eine Abteilung mit 20 Betten wird schwerlich in der Lage sein, alle stationär behandlungsbedürftigen Patienten ihrer Region, und rekrutierten sie sich auch lediglich aus 40000 Einw., aufzunehmen und angemessen zu versorgen. Dies gilt vor allem für die chronisch Kranken und die besonders Schwierigen, die kurzerhand in das „nachgeschaltete“ PKH verlegt oder aber gar nicht erst aufgenommen werden. Beispiele gibt es hier zur Genüge.

Schon Griesinger hatte in seiner programmatischen Schrift über die „Stadtasyle“ davor gewarnt, daß ohne „Evakuierung“ der chronischen Klientel diese Einrichtungen sehr schnell verstopfen und damit funktionsunfähig würden. Die Evakuierung sollte selbstverständlich in die ländlichen Asyle, die PKHs also,

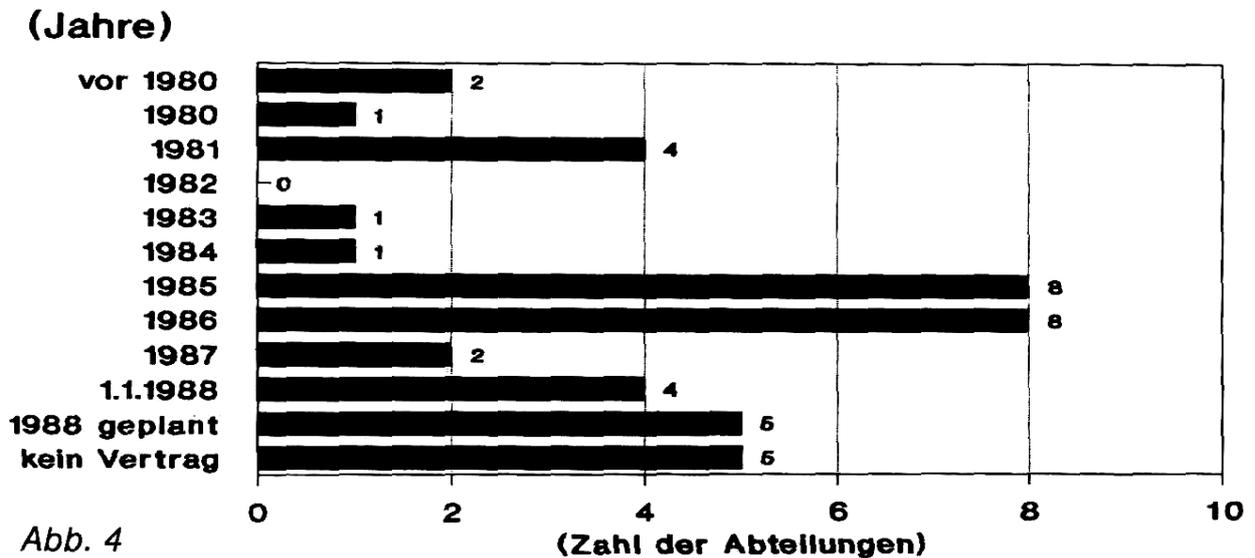
vonstatten gehen, womit aus heutiger Sicht tatsächlich die „Zweiklassenpsychiatrie“ festgeschrieben würde, wie sie im übrigen bis auf den heutigen Tag zwischen Universitäts- und Anstaltspsychiatrie fast aller Orten praktiziert wird.

Das Mittel der Wahl, um diese auseinanderlaufende Entwicklung in die gewünschte Bahn zu bringen, hieß damals wie heute „Sektorisierung“. Damit ist gemeint, daß psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in gleicher Weise wie auch den Psych. Krankenhäusern selbst fest umrissene Einzugsgebiete zugeordnet werden und ihnen die Möglichkeit der Verlegung unbequemer und chronischer Patienten in die Anstalten ebensowenig offensteht wie deren Abweisung bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit. Der daran sich anschließende Schritt, den zumindest einige Abteilungen in der ehemaligen BRD inzwischen gegangen sind, wäre die Zurückholung langfristig in PKHs hospitalisierter Patienten in ihre ursprünglichen Heimatgemeinden (sog. Enthospitalisierung).

Die Umsetzung dieses am Schreibtisch so einleuchtenden Konzepts in die rauhe Wirklichkeit gestaltete sich dann doch mühsamer als zunächst angenommen. Zwar hatte die Medizinische Hochschule Hannover - in ihrer diesbezüglichen Funktion am ehesten der psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig vergleichbar - bereits 1972 insofern eine Vorreiterrolle übernommen, als sie auf freiwilliger Basis und zugleich von einem gewissen Forschungsinteresse geleitet, sich selbst einen Pflichtversorgungssektor von 150000 Einwohnern zuordnete und den dann stattfindenden Entwicklungsprozeß akribisch dokumentierte. Helmut HASSELBECK und ich selbst haben die dabei gemachten Erfahrungen in zwei monographischen Darstellungen Ende der 70er Jahre ausführlich beschrieben. Fazit dieser evaluativen Hannoveraner Studien war der Nachweis, daß auch sog. kleine psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern dann die volle Versorgungspflicht übernehmen und ihr gerecht werden können, wenn sie sich nicht in erster Linie auf den stationären Bereich konzentrieren, sondern vor allem die komplementäre und ambulante Entwicklung in ihren Einzugsbereich vorantreiben. Dabei hat der Akzent auf der angemessenen Betreuung chronisch Kranker in der Gemeinde zu liegen, eine Erfahrung, die die spätere Expertenkommission als zentrale Forderung in ihrem Bericht übernommen hat.

Bei der schon erwähnten Umfrage von PFEIFFER und PHILIPZEN beantworteten 41 Abteilungen die Frage, ob sie für ihre Region eine Versorgungsverpflichtung übernommen haben, mit ja (Abb. 4). 31 hatten dies mit dem zuvor zuständigen PKH bzw. dem überkommunalen Trägerverband vertraglich geregelt. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, daß die Absicht sich keineswegs immer mit der Wirklichkeit deckt. Da wird dann doch gelegentlich der eine oder andere Patient in ein PKH verlegt oder sonstwie wegdefiniert. Da nur die wenigsten Abteilungen eine sorgfältige Dokumentation betreiben, geraten solche Ereignisse, weil sie dem eigenen Anspruch zuwiderlaufen, dann schnell in Vergessenheit.

Psychiatr. Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung (N=41) Vertragsabschlüsse pro Jahr



Gleichwohl liegen über einige Abteilungen genauere Informationen vor, sei es in Form von Jahresberichten oder auch Zeitschriftenaufsätzen. Die bisher einzige monographische Darstellung zur Leistungsfähigkeit einer psych. Abteilung im Verbund mit komplementären und ambulanten Diensten stammt von unserer Offenbacher Arbeitsgruppe und ist unter dem Titel „Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand“¹ erschienen. Ähnlich wie in den früheren Hannoveraner Publikationen wird der Nachweis geführt, daß eine psychiatrische Abteilung mit 80 Betten (davon 65 für den Sektor) und einer gut ausgebauten komplementären und ambulanten Infrastruktur sehr wohl in der Lage ist, die entsprechende Region autark zu versorgen.

Abb. 5 gibt nähere Auskunft darüber, welche Einrichtungen und Dienste hierfür notwendig sind und in welcher Beziehung sie zueinander stehen. Abb. 6 zeigt demgegenüber, welche Auswirkungen die Neueinrichtung zweier psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, in diesem Fall Darmstadt und Offenbach, auf das früher die Versorgung gewährleistende PKH Riedstadt hatte. Bemerkenswert ist, daß trotz der Herauslösung von 260000 Einwohnern aus dem ursprünglichen Versorgungsgebiet dies so gut wie keinen Einfluß hatte auf die Anzahl der Aufnahmen im PKH, die kontinuierlich anstiegen. Ebenso kontinuierlich verringerten sich jedoch die Betten von 731 (dem Jahr der Eröffnung der psychiatrischen Abteilung Darmstadt) auf 534 im Jahre 1988, als beide Abteilungen mit insgesamt 180 Betten in Betrieb waren. Die Betten im PKH haben also vergleichsweise überproportional abgenommen, wenn auch nicht so dramatisch, wie man hätte vermuten können.

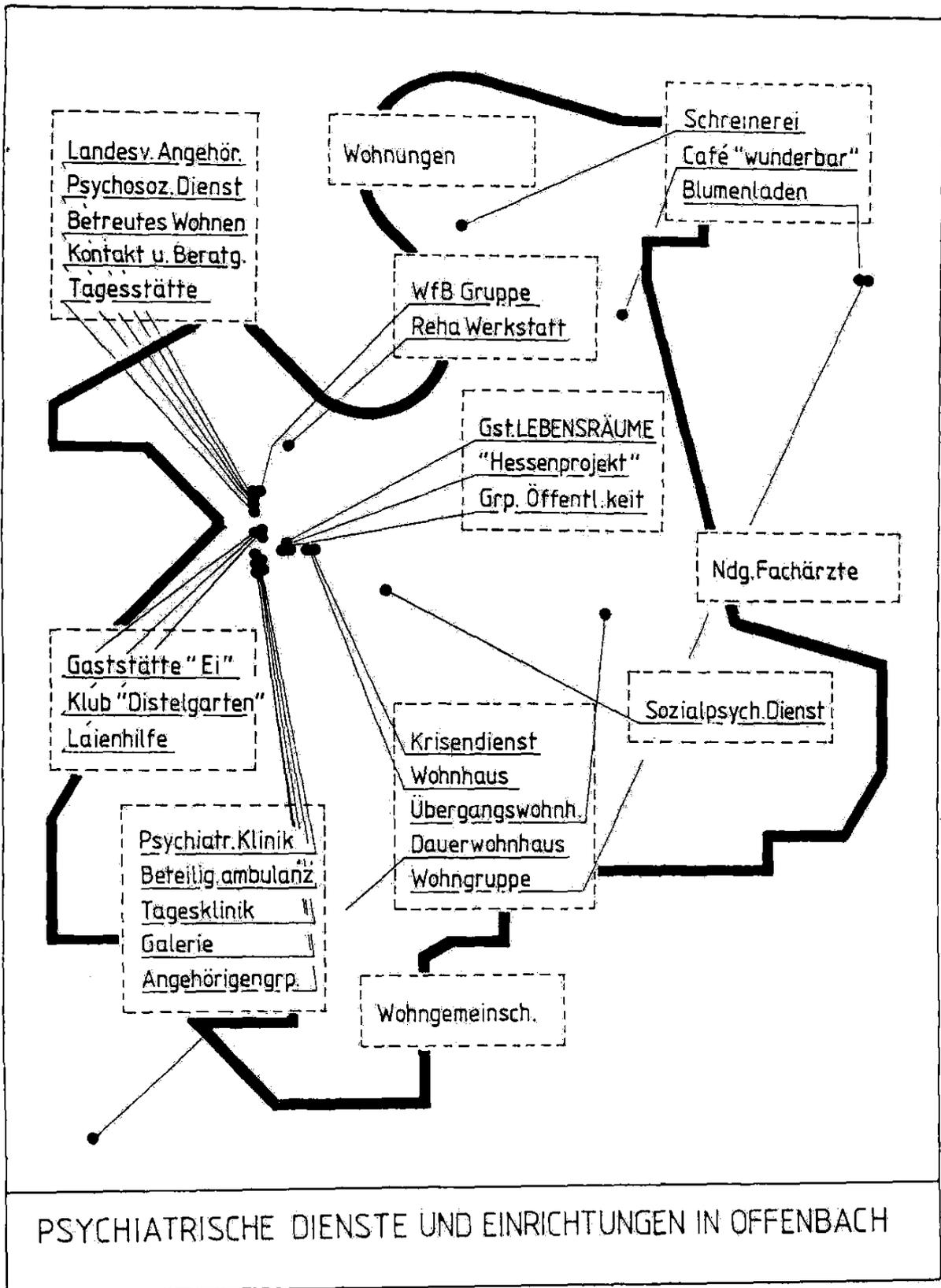


Abb. 5

PKH Riedstadt

Aufnahmen und Belegung

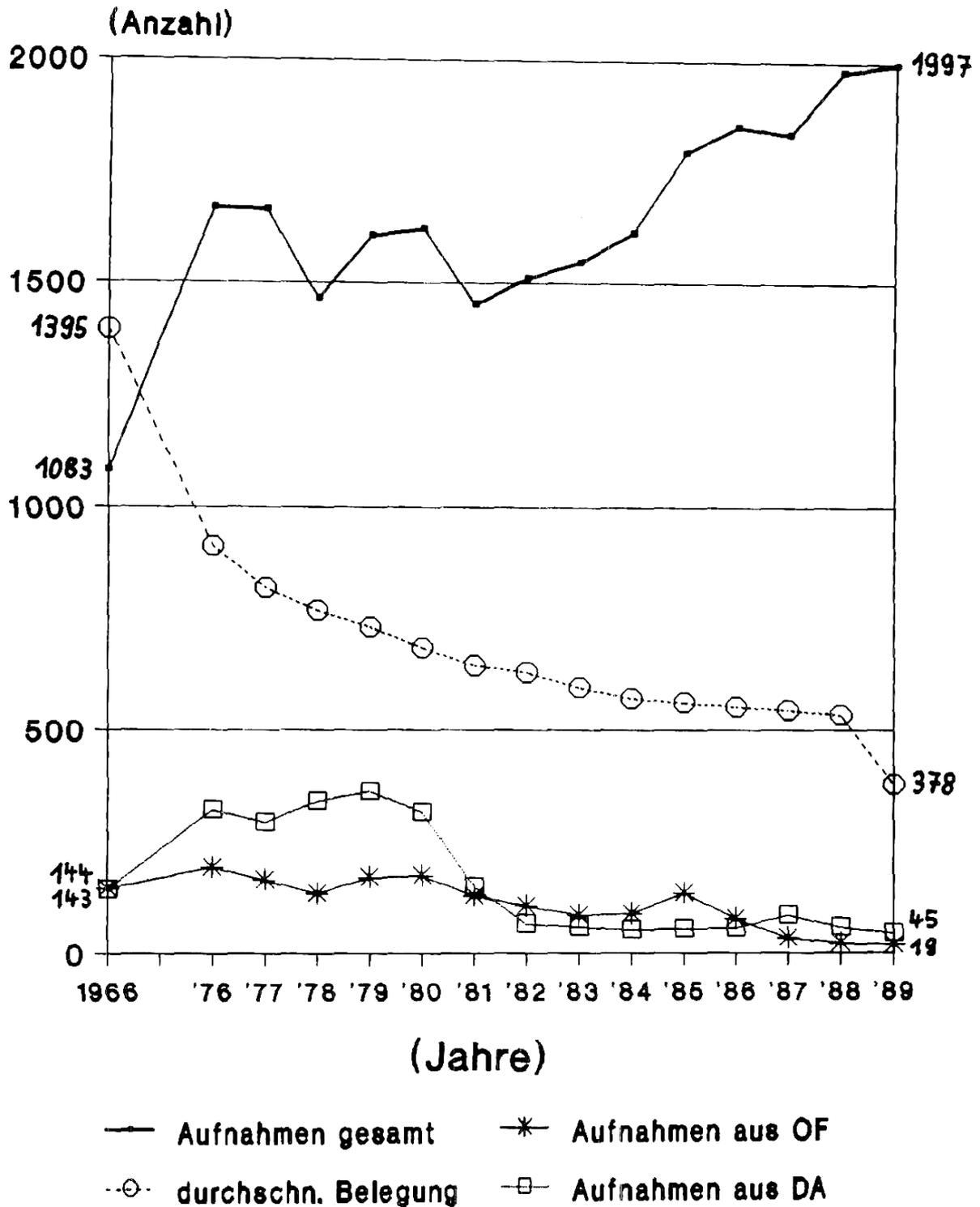


Abb. 6

Ich komme zum Schluß,

Es ist keine Frage, daß den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern schon jetzt eine große Bedeutung bei der stationären Versorgung psychisch Kranker zukommt. Zusammen mit den Universitätskliniken werden in ihnen jährlich gleich viele Patienten aufgenommen wie in öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern. Obwohl ein gutes Drittel der Abteilungen eine regionale Pflichtversorgung praktiziert und in den jeweiligen komplementären Strukturen zunächst die „neuen chronischen Patienten“ einigermaßen angemessen versorgt werden, bleibt den PKHs noch immer die Bürde der „alten chronisch Kranken“. Zu deren Verringerung haben psychiatrische Abteilungen bisher wenig beigetragen, wenn man von einigen löblichen Ausnahmen einmal absieht.

Die Gründung psychiatrischer Abteilungen und die in ihrem Umkreis parallel dazu errichteten komplementären und ambulanten Dienste haben ganz entscheidend dazu beigetragen, Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken zu verringern. Gleiches gilt für die Vertreter medizinischer Nachbardisziplinen, die einer mit ganz anderer Intention gestarteten Umfrage von REIMER zur Folge nahezu einmütig den Zugewinn einer psychiatrischen Abteilung an ihrem Haus begrüßten.

In den letzten Jahren haben auch die Kommunalpolitiker die Psychiatrie entdeckt und sehen sich zunehmend in die Pflicht genommen, wenn es darum geht, adäquate Versorgungsstrukturen in ihrem Bereich zu schaffen. Sie können dem auch schon deswegen nicht mehr ausweichen, weil lokale Angehörigengruppen die ihnen und ihren kranken Familienmitgliedern zustehenden Rechte einfordern.

Trotzdem gibt es gemessen an den noch vor uns liegenden Aufgaben wenig Anlaß zu satter Zufriedenheit. Ich will dies an einem auf die alte Bundesrepublik bezogenen Beispiel verdeutlichen, mit dem ich schließen möchte.

Würde in jeder kreisfreien Stadt und jedem Landkreis unter Zugrundelegung der von der Expertenkommission empfohlenen Versorgungseinheit von ca. 150000 Einwohnern je eine psychiatrische Abteilung errichtet, so bedeutete dies bei ungefähr 60 Mio. Einwohnern in der ehemaligen Bundesrepublik 400 psychiatrische Abteilungen. Da ca. 100 derartige Abteilungen bereits bestehen und einige gemeindenaheliegende PKHs, wenn sie sich auf Abteilungsgröße „gesundgeschrumpft“ hätten, weiter genutzt werden könnten, bedürfte es sicher nicht mehr als 300 zusätzlicher Einrichtungen mit ca. 80 Betten, damit die psychiatrischen Krankenhäuser abgelöst, um nicht zu sagen, aufgelöst, werden könnten. Zum Anbau derartiger Abteilungen an schon bestehende Allgemeinkrankenhäuser wären pro Einheit ca. 20 Mio. DM erforderlich, insgesamt also 6 Milliarden. Nicht mehr und nicht weniger also als das geschätzte Vermögen der PDS. Oder, wenn Sie es westlicher haben wollen: genau 240 Autobahnkilometer.

Literatur

BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie. Stuttgart, Enke, 1977

BAUER, M. und BERGER, H.: Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand. Stuttgart, Enke, 1988

DANNEMANN, A.: Bau, Einrichtung und Organisation Psychiatrischer Stadtasyle. C. Marhold, Halle, 1901

GRIESINGER, W.: Über Irrenanstalten und ihre Weiterentwicklungen in Deutschland. In: Griesingers gesammelte Abhandlungen. Berlin, Hirschwald 1872

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988

HASSELBECK, H.: Alternativen zum psychiatrischen Krankenhaus? Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Dienste am Beispiel der Poliklinik an der Medizinischen Hochschule Hannover. Stuttgart, Enke, 1987

KRISOR, M.: Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Psychiatrieverlag, Bonn, 1992

PFEIFFER, W.: Der Arbeitskreis „sektorierte Versorgungsverpflichtungen und notwendige Ausstattung“: Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung. Spektrum, Heft 4, 1988

Der Aufbau regionaler Versorgungsbezüge von einem psychiatrischen Krankenhaus aus: Strukturelle und organisatorische Erfordernisse

Eduard Willis

Alle größeren Untersuchungen der letzten Jahre, wie z. B. die Untersuchung der PROGNO AG, die wissenschaftliche Begleitung des Landesmodellprogramms in Baden-Württemberg und die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, haben auf die Problematik einer unzureichenden Zusammenarbeit zwischen stationärer und außerstationärer Psychiatrie hingewiesen. Es ist nicht übertrieben, wenn man sagt, daß die Beziehung zwischen beiden Bereichen häufig eher durch Konkurrenz und Rivalität als durch Kooperation gekennzeichnet ist.

Dies geht nicht selten soweit, daß beide Bereiche sich gegenseitig befehden. Die außerklinischen Einrichtungen werfen dann den Kliniken vor, sie würden eine veraltete Psychiatrie verfolgen. So hat beispielsweise der „Dachverband psychosozialer Hilfsvereine“ es im vergangenen Jahr fertiggebracht, anlässlich des „Tages der Psychiatrie“ in einem Mitteilungsblatt von einem „angeblichen oder vermeintlichen Personalmangel“ in den psychiatrischen Krankenhäusern zu sprechen und vor Investitionen in diesem „Relikt aus dem vergangenen Jahrhundert“ abzuraten. Im Gegenzug werfen dann die Kliniken den außerstationären Diensten vor, sie hätten keine Psychiatrie-Erfahrung und würden sich um die falschen Patienten kümmern.

Diese Einrichtungen und Dienste wiederum profilieren sich nicht selten zu Lasten der stationären Einrichtungen, indem sie die stationäre Behandlung als die schlechteste Alternative überhaupt darstellen, die zu verhindern sie als ihre vordringlichste Aufgabe ansehen.

Es bedarf keiner weiteren Ausführung, daß diese Situation der Entwicklung eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems nicht förderlich ist. Ein Grund für diese Entwicklung ist sicherlich darin zu suchen, daß die psychiatrischen Krankenhäuser sich oft zu wenig selbst um den Aufbau eines außerstationären Versorgungssystems bemüht haben. Man hat sie dazu allerdings auch nicht von Trägerseite ermutigt oder unterstützt, wenn man den Krankenhäusern beispielsweise Außentätigkeit von Sozialdiensten der Klinik untersagt hat oder, wie in Baden-Württemberg, die psychiatrischen Krankenhäuser von der modellhaften Erprobung außerstationärer psychiatrischer Versorgung ausgeschlossen hat.

Ich darf Ihnen im folgenden am Beispiel des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg zeigen, wie die Entwicklung eines außerstationären Versorgungsangebotes aus der Klinik heraus aussehen könnte.

Ausgangspunkt der Entwicklung in Weinsberg war ein Krankenhaus mit 960 Betten, das ein Aufnahmegebiet mit rund einer Million Einwohner zu versorgen hatte. Es gab zwar die Anfänge einer Nachtklinik, einer Laienhelfergruppe und Außensprechstunden in den Gesundheitsämtern, aber das war im außerstationären Bereich auch schon alles. Heute ist die Klinik mit 540 Betten und 3800 Aufnahmen im Jahr Zentrum eines psychiatrischen Versorgungssystems, in dem für den Raum Heilbronn letztlich alle Fäden dieses Versorgungssystems zusammenlaufen und von dem aus auch alle psychiatrischen Dienste und Versorgungsangebote entstanden sind.

Am Anfang stand kein fester Plan, kein vorgegebenes Programm. So war es möglich, daß jeweils die Aktivitäten und Projekte in Angriff genommen wurden, für die aus der Sicht der Klinik die größte Dringlichkeit bestand.

Die zunächst wichtigste Aufgabe bestand darin, die enorme Überbelegung der Klinik zu reduzieren, um dadurch überhaupt erst die Voraussetzung für eine innere Umstrukturierung des Krankenhauses und eine humanere Gestaltung der Stationen zu schaffen. Dies wurde dadurch erreicht, daß eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten der chronischen Stationen in Heime verlegt wurde. Es handelte sich dabei um Kranke, bei denen keine Angehörigen mehr vorhanden waren oder der Kontakt zu ihnen längst abgerissen war. Es waren Patienten, bei denen Lebensalter, Krankheitsbild und Hospitalisierungsdauer die Überzeugung rechtfertigten, daß eine volle Rehabilitation nicht mehr zu erwarten war. Für einen Teil der Kranken hat sich im Heim die Lebenssituation deutlich gebessert. Diese Verlegungsaktion wurde jedoch wieder abgebrochen, als zu erkennen war, daß dies nicht in allen Heimen der Fall war. In manchen Heimen waren die Patienten zwar in kleineren Schlafräumen und überschaubareren Einheiten untergebracht, aber das einzige Angebot bestand eben in Unterkunft und Verpflegung. Darüber hinaus war aber ihr Alltag noch reizarmer und langweiliger als früher in den chronischen Stationen des Landeskrankenhauses.

Man ging dann dazu über, Patienten in der Regel nur noch in Heime zu verlegen, die sich freiwillig der fachlichen Supervision der Klinik unterstellten. Heute werden Kranke zum weitaus überwiegenden Teil in 13 Heime verlegt, die regelmäßig (mindestens alle zwei Wochen für einen halben Tag) von Ärzten und Psychologen des Landeskrankenhauses besucht werden. Dies geschieht im Rahmen einer genehmigten Nebentätigkeit, die von den Heimen bezahlt wird. Durch diese Besuche konnte erreicht werden, daß in den Heimen die Angebote für die Bewohner vorhanden waren und die Atmosphäre gegeben war, die aus der Sicht der Klinik für ein gutes Heim für psychisch Kranke erforderlich sind.

Diese sowohl privaten wie auch gemeinnützigen Heime haben diese Fachaufsicht durch die Klinik ohne weiteres akzeptiert. Sie werden in das Fort- und Weiterbildungsprogramm der Klinik einbezogen. Es werden in der Klinik Seminare für Heimmitarbeiter angeboten, die regelmäßig ausgebucht sind. Die Beratung im Heim über den Umgang mit Patienten kann für die alltägliche

Arbeit im Heim eine große Hilfe sein. Durch die enge Zusammenarbeit sind auch eventuelle kurzfristige Rückverlegungen ohne weiteres möglich.

Teilweise wurden in den Heimen auch ehemalige Mitarbeiter der Klinik angestellt, wodurch natürlich ebenfalls unsere Vorstellungen von psychiatrischer Versorgung und Betreuung in die Heime getragen wurden.

Als nächstes Problem stellte sich die Patientengruppe dar, von der man annehmen konnte, daß sie nach entsprechender Vorbereitung in der Klinik über Übergangseinrichtungen einer vollständigen oder wenigstens teilweisen Rehabilitation zugeführt werden könnten. Für diese Patienten wurden in den Stationen mit chronischen Patienten Programme zur Aktivierung, zum Abbau der Hospitalisierungserscheinungen und zur Wiedererlernung alltagspraktischer Fertigkeiten durchgeführt.

In einer bewußt in das normale Umfeld mitten in der Stadt Weinsberg ausgelagerten Station wurden Patienten wieder auf ein Leben in der Freiheit vorbereitet und in einem entsprechenden Trainingsprogramm zu selbständiger Versorgung und eigenverantwortlichem Handeln angeleitet.

Gleichzeitig wurde in Heilbronn im Zentrum der Stadt in Zusammenarbeit mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband in einem Einfamilienhaus mit einer kleinen angeschlossenen Werkstatt der Grundstein zu einer Rehabilitationseinrichtung gelegt. Beginnend mit acht ehemaligen Patienten wurde die Einrichtung nach und nach durch Anmieten weiterer Wohnungen und Werkstatträume schrittweise ausgebaut. Heute ist daraus eine anerkannte Werkstätte für psychisch Behinderte geworden mit 180 Plätzen. Der größte Teil der dort betreuten ehemaligen Patienten lebt auch heute noch in Wohngemeinschaften.

Auch diese Einrichtung wurde von Anfang an von Ärzten und Psychologen der Klinik fachlich begleitet. Auch heute noch wird diese Einrichtung von Mitarbeitern der Klinik supervidiert, obwohl sie inzwischen selbst 60 hauptamtliche Mitarbeiter mit Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenpflegern usw. hat. Auch dort wurden ehemalige Mitarbeiter der Klinik angestellt. Das Therapeutikum deckt heute den Bedarf der Klinik an Rehabilitationsplätzen weitestgehend ab.

Es kam immer wieder vor, daß Patienten wieder aus Heimen zurückgenommen werden mußten, weil sie wegen der Schwere ihrer Behinderungen und Auffälligkeiten im „normalen“ Heim auf Dauer nicht tragbar waren. Für diese Kranken mußte daher ein eigenes Heim geschaffen werden, das sich auf die Versorgung besonders schwer gestörter Patienten spezialisieren sollte. Mit Unterstützung der Klinik gründeten zwei Krankenpfleger des Landeskrankenhauses eine gemeinnützige GmbH. Der ausschließlich von Mitarbeitern der Klinik getragene „Weinsberger Hilfsverein für psychisch Kranke“ ist einer der Gesellschafter in dieser GmbH. Diese GmbH wurde zur Trägerin eines Heimes für Problempatienten, in dem auch schwierige Patienten bestens versorgt werden können.

Ähnlich war das Problem bei chronischen, nicht therapierbaren Alkoholikern z. T. mit hirnorganischem Abbau. Auch sie waren in den normalen Heimen meist nicht zu halten. Sie brauchten eine konsequentere Führung, als dies in einem Heim für psychisch Kranke nötig und möglich gewesen wäre. Deshalb wurde, wieder mit Hilfe der Klinik, von einem in Suchtkrankenarbeit erfahrenen Krankenpfleger der Klinik ein privates Altersheim übernommen und zu einem Spezialheim für chronische Alkoholiker umgestaltet.

Auch diese beiden Heime werden natürlich regelmäßig von Mitarbeitern der Klinik besucht.

Bei nicht wenigen Patienten der beiden gerontopsychiatrischen Stationen des Landeskrankenhauses ergab sich das Problem, daß einer Entlassung nach Hause eigentlich nur die Tatsache entgegenstand, daß die Patienten tagsüber nicht versorgt waren, weil beispielsweise die Angehörigen berufstätig oder die Ehepartner gerade selbst krank waren. Das führte im Landeskrankenhaus zur Planung einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte. Über das Landesmodell-Programm des Landes Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung wurde diese Einrichtung dann realisiert. Neben der Tagesversorgung der „Gäste“ und der Entlastung der Angehörigen verfolgt die Tagesstätte das Ziel, auf Erhaltung, Förderung und Wiedererlangung psychischer, physischer und sozialer Fähigkeiten hinzuwirken und damit den betreuten Menschen ein Verbleiben in gewohnter räumlicher und sozialer Umgebung zu ermöglichen. Die Tagesstätte betreut wöchentlich 30 Personen, es besteht eine Warteliste mit noch mehr weiteren Bewerbern. Die Initiative für diese Einrichtung ging vom Landeskrankenhaus aus, Träger ist der Paritätische Wohlfahrtsverband, die fachliche Supervision erfolgt durch einen Arzt des Krankenhauses, die Hälfte der Mitarbeiter der Einrichtung sind ehemalige Mitarbeiter des Landeskrankenhauses.

Träger von Maßnahmen, Einrichtungen und Diensten wurde von Anfang der Entwicklung an auch der „Weinsberger Hilfsverein für psychisch Kranke“. So unterhält der Verein bereits seit 19 Jahren Wohngemeinschaften für ehemalige Patienten. Heute bietet der Verein in 8 Wohngemeinschaften über 40 Plätze in Weinsberg, in Heilbronn und angrenzenden Orten an. Auch die Betreuer der Wohngemeinschaften arbeiten eng mit der Klinik zusammen. Zeitweise waren sie zur Hälfte beim Hilfsverein als Wohngemeinschaftsbetreuer angestellt, während sie gleichzeitig auf einer halben Stelle des Krankenhauses beschäftigt waren und eine Station mit chronisch Kranken versorgten.

Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation spielen im Landeskrankenhaus Weinsberg schon seit längerer Zeit eine wichtige Rolle. So gehen schon seit langem vollstationäre Patienten des Krankenhauses am Ende der arbeitstherapeutischen Bemühungen im Rahmen der extramuralen Arbeitstherapie in einen Industriebetrieb zum Arbeitstraining. Sie sind dort unter Anleitung eines Mitarbeiters der Klinik an ganz normalen Arbeitsplätzen unter ganz realistischen Bedingungen beschäftigt.

Es hat sich jedoch in den vergangenen Jahren immer wieder ergeben, daß Patienten nach einer erfolgreichen arbeitstherapeutischen Förderung in Arbeitslosigkeit und damit in Untätigkeit entlassen werden mußten.

Alleinstehende ehemalige Patienten verloren oft mit ihrem Arbeitsplatz auch ihre wichtigste soziale Bezugsebene und waren von Isolation bedroht.

Bei frühberenteten Patienten ergaben sich oft Probleme dadurch, daß sie nicht in der Lage waren, ohne eine geeignete Beschäftigung eine sinnvolle Tagesstrukturierung zu realisieren.

Für diese drei Problemgruppen wurde in Weinsberg in der Stadtmitte vom Weinsberger Hilfsverein eine Tagesstätte mit Werkstattcharakter geschaffen. Mit 30 Arbeitsplätzen bietet sie Leistungstraining, Tagesstrukturierung und sozialen Bezugsrahmen. Neben Montage- und Konfektionierungsarbeiten für die Autozubehör- und Elektroindustrie werden Verpackungsarbeiten durchgeführt. In einem maschinell gut ausgestatteten Holzbearbeitungsbereich werden Holzspielsachen und Geschenkartikel hergestellt, die in drei angeschlossenen Läden in Weinsberg, Heilbronn und Neckarsulm verkauft werden. Etwa 20% der Betreuten können jährlich in reguläre Arbeit oder weiterführende Maßnahmen der Arbeitsverwaltung vermittelt werden. Die Tagesstätte arbeitet auch eng mit der Arbeitstherapie der Klinik zusammen. So hat es sich beispielsweise bewährt, zur Entlassung anstehende Patienten schon gegen Ende der stationären Behandlung in die Tagesstätte „einzufädeln“.

Eine Untersuchung über die Ursache von Arbeitsabbrüchen bei ehemaligen Patienten der Klinik hat gezeigt, daß in den meisten Fällen der Arbeitsplatzverlust vermeidbar gewesen wäre, wenn eine kompetente Fachkraft bei auftauchenden Problemen hätte intervenieren können. Das hat den „Weinsberger Hilfsverein“ veranlaßt, über das Modellprogramm des Landes Baden-Württemberg einen „Fachdienst für begleitende Hilfe im Arbeitsleben“ zu schaffen. Drei Sozialpädagogen stehen - heute über die Ausgleichsabgabe finanziert - ausschließlich für die Betreuung ehemaliger Patienten am Arbeitsplatz zur Verfügung. Bei einer Großzahl der Klienten kommt der Kontakt mit dem Dienst bereits kurz vor der Entlassung noch während der stationären Behandlung zustande.

Die Tätigkeit des Dienstes hat nicht nur die Bereitschaft der Arbeitgeber erhöht, psychisch Behinderte einzustellen, sie hat auch bei Arbeitgebern und Mitarbeitern zu mehr Verständnis für die Probleme der Klienten geführt. Eine rückblickende Einschätzung hat zu der Überzeugung geführt, daß rund ein Drittel der jährlich 160-170 betreuten Klienten ohne die Intervention des Dienstes mit Sicherheit ihren Arbeitsplatz verloren hätten. Ein Teil der Fachkräfte war vorher in der Klinik tätig gewesen.

Der Weinsberger Hilfsverein ist auch Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Stadt und Landkreis Heilbronn. Er besteht derzeit aus 7 Fachkräften, die zum Teil vorher im Sozialdienst der Klinik tätig waren. Der Dienst hat ein Büro in Heilbronn in der Stadtmitte, einige der Mitarbeiter haben aber auch

ihren Sitz im Landeskrankenhaus. Es ist naheliegend, daß dadurch der Dienst sehr eng mit der Klinik zusammenarbeitet. So ist es möglich, daß bereits vor der Entlassung eines Patienten aus der Klinik der Kontakt zum Dienst hergestellt wird. Durch diese Zuweisung aus dem Krankenhaus ist auch sichergestellt, daß der Dienst sich vorrangig der chronisch psychisch Kranken annimmt.

Das psychiatrische Landeskrankenhaus Weinsberg verfügt damit im Raum Heilbronn über:

- Eine Werkstätte für psychisch Behinderte mit 180 Arbeitsplätzen und über 100 Wohngemeinschaftsplätzen in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,
- eine gerontopsychiatrische Tagesstätte ebenfalls in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

In Trägerschaft des Weinsberger Hilfsvereins gibt es:

- 40 Wohngemeinschaftsplätze,
- eine Trainingstagesstätte mit 30 Arbeitsplätzen,
- den psychosozialen Dienst zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben,
- den Sozialpsychiatrischen Dienst,
- eine GmbH-Beteiligung an einem Heim für chronisch psychisch Kranke.

Damit sind wesentliche Elemente einer umfassenden außerstationären Versorgung gegeben. Dennoch wird die Entwicklung weitergehen. Noch 1991 wird über den Hilfsverein versucht werden, mit dem Mittel einer Leiharbeit-Firma Patienten wieder in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu bringen und ihre berufliche Wiedereingliederung zu erleichtern. Außerdem soll mit der psychiatrischen Familienpflege begonnen werden.

Wichtig bei der ganzen Entwicklung war, daß die Konzepte der jeweiligen Einrichtungen und Dienste mit den fachlichen Vorstellungen des Landeskrankenhauses konform gingen. Es erschien nicht wichtig, alles in eigener Trägerschaft zu machen, wenn nur die Mitgestaltungsmöglichkeit der Klinik gesichert war. Es hat sich bewährt, Mitarbeiter des Krankenhauses in die außerstationären Aktivitäten zu übernehmen. So ist sichergestellt, daß drinnen wie draußen dieselbe psychiatrische Sprache gesprochen wird. Spannungen zwischen „drinnen“ und „draußen“ gibt es in Heilbronn nicht.

Weinsberg soll ein Beispiel dafür sein, wie der Aufbau einer außerstationären Versorgungskette aus der Klinik heraus gestaltet werden kann. Weinsberg ist dafür übrigens nur ein Beispiel, in Osnabrück, Gütersloh, Ravensburg u. a. geht man ähnliche Wege. Bei allen Baden-Württembergischen Landeskrankenhäusern gibt es inzwischen Hilfsvereine, die im außerstationären Bereich tätig werden.

Die Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte in der ehemaligen DDR

Tilo Degenhardt

Als bei mir im Oktober 1990 das oben genannte Thema angefragt wurde, war ich unentschlossen, es zu übernehmen. Ich möchte einerseits nicht als Vertreter früherer Verhältnisse auftreten, noch fühle ich mich andererseits in der Lage, Grundsätzliches zur Gesamtsituation der psychiatrischen Rehabilitation oder gar neuere wissenschaftliche Erkenntnisse oder Zahlen vorzulegen, die nicht allgemein zugänglich wären. Ich kann lediglich aus der Sicht eines Psychiaters auf *Notwendigkeit*, *Voraussetzungen* und *Ergebnisse* von Bemühungen um eine gezielte Rehabilitation unserer Kranken eingehen, wie sie uns bei der täglichen Arbeit begegneten.

Ich muß im Kreis von Fachleuten nicht tiefgründig auf die besondere *Notwendigkeit* der Rehabilitation im Fachgebiet Psychiatrie eingehen, nur stichwortartig sei erwähnt:

1. Psychische Krankheiten äußern sich u.a. auch in Störungen des Kontaktverhaltens und richten in ihrem Verlauf oft unüberwindliche Barrieren auf, führen immer mehr zu Rückzug und Selbstisolation.
2. Die Behandlungsbedingungen führen zusätzlich zu Hospitalisationsschäden und weiterer Entfernung von der „gesunden“ Umwelt.
3. Residualschäden psychisch Kranker und Störungen psychisch Behinderter stoßen in der Öffentlichkeit auf Ablehnung und führen die Betroffenen weiter in die Isolation.

Oder anders ausgedrückt, die meisten psychisch nicht geschädigten Behinderten können auf restitutive Kräfte geradezu selbstverständlich zurückgreifen, erhaltene Fähigkeiten ausbauen und fehlende körperliche Voraussetzungen durch psychische Leistungen kompensieren - aber eben diese Kompensationsfähigkeiten sind bei unseren Kranken oft primär geschädigt. Ein oft in Definitionen (1967 auf der IX. Tagung der Minister für Gesundheitswesen sozialistischer Länder in Prag) oder Gesetzen (Anordnung über die Arbeitsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vom 1. 7. 1974) formuliertes aktives Verhältnis des Patienten zur Störung seiner Gesundheit und ein positives Verhältnis zum Leben, zu Familie und Gesellschaft ist für psychisch Kranke nur bedingt oder nur unter besonderen Mühen anwendbar. Aus der Kenntnis dieser Problematik hat sich die Psychiatrie frühzeitig um die Wiedereingliederung ihrer Patienten bemüht, GRIESINGER in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts um die Schaffung landwirtschaftlicher Kolonien im Anschluß an die großen Anstalten und SIMON (in Gütersloh) in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts um eine aktive Krankenbehandlung in Form einer gestuften Arbeitstherapie. In Anlehnung an Entwicklungskonzeptionen der Psychiatrie in der damaligen BRD, in Großbritannien, den skandinavischen Ländern und der UdSSR ent-

standen unter Leitung progressiver Psychiater der DDR die auf dem Rodewischer Symposium 1963 angenommenen und in die Psychiatriegeschichte eingegangenen „Empfehlungen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“. Mit dem Bemühen, etwas festzuschreiben, thesenhaft zu formulieren und zu fordern, sind wir bereits bei einem Spezifikum der Psychiatriegeschichte dieses Landes. Auf der Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Behandlung werden die Bedingungen angesprochen, die in der Klinik selbst, auf dem Gebiet der Gesetzgebung, der Nachsorge, der Qualifizierung der Mitarbeiter u. v. a. m. zur Förderung der Wiedereingliederung zu schaffen sind.

Im Zusammenhang mit dem Thema meines Vertrages interessiert nicht die Gesamtbilanz nach 20 Jahren „Rodewischer Thesen“, wie sie auf dem 7. Symposium zu den gleichen Fragen 1983 gezogen wurde, aber drei Feststellungen möchte ich erwähnen:

1. Die geforderte wissenschaftliche Bearbeitung von Fragen der psychiatrischen Rehabilitation steht in einem Mißverhältnis zu dem Engagement auf dem Gebiet der allgemeinen Rehabilitation. 1980 widmeten sich nur 4 von 108 Veröffentlichungen den spezifischen Fragen der Wiedereingliederung psychisch Kranker und 1981, im internationalen Jahr der Geschädigten (Behinderten) nur 15 von 202. Dieser Anteil von 3,7 bzw. 7,4% spiegelt keineswegs die Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen im Gesamtprozeß der Rehabilitation wider. Für Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Rehabilitation gab es erstmals in einem zentralen Forschungsplan 1986 eine Finanzierungsmöglichkeit.
2. In der Schaffung tagesklinischer Behandlungsformen als Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung ist eine Stagnation eingetreten. Eine spätere Analyse (1986) ergab, daß in den 7 Südbezirken der damaligen DDR, im Bereich von 4 wissenschaftlichen psychiatrisch-neurologischen Regionalgesellschaften nur 5 halbstationäre Einrichtungen auf unserem Fachgebiet existierten.
3. Der Grad der Ausbildung in der Rehabilitation beschäftigter Mitarbeiter ist unzureichend, in der Öffentlichkeitsarbeit besteht Nachholbedarf.

Entsprechend lag der Schwerpunkt der neuen „Rodewischer Thesen“ von 1989 mehr auf Forderungen bei der Wiedereingliederung der Kranken aus dem Krankenhaus hinaus in die natürliche soziale Umwelt, in Familie, Wohngemeinschaft und Arbeitskollektiv.

1988 wurden in einer Erklärung anlässlich 25 Jahre „Rodewischer Thesen“ Unzulänglichkeiten und Hindernisse bei Rehabilitationsbemühungen hinsichtlich Bausubstanz und Ausrüstung der Krankenhäuser als Zentren der Rehabilitation, des zu knapp bemessenen Personalbestandes und Unzulänglichkeiten in der Infrastruktur des Territoriums kritisiert.

Die *gesetzlichen Voraussetzungen* für eine zielgerichtete Rehabilitation wurde aber aus damaliger Sicht für ausreichend angesehen, einbezogen das Einwei-

sungsgesetz für psychisch Kranke - ein Umstand, der eine Diskussion wert ist, aber nicht im Rahmen des mir vorgegebenen Themas.

Die Behinderten in der ehemaligen DDR waren vom Gesetz geschützt und überbehütet, für diejenigen, die arbeiten wollten, ob als Behinderter oder als Rentner, hatten die Betriebe geeignete Lösungen anzubieten. Alle Lebensbereiche sind durch Gesetze und Verordnungen geregelt, so auch die Rehabilitation. Sie basierte auf den Verfassungsgrundsätzen des Rechts auf Schutz der Gesundheit, des Rechts auf Bildung und des Rechts auf Arbeit.

Eine sicher günstige Regelung war die Meldepflicht bei angeborenen Krankheiten und Leiden. Einerseits wurde den Eltern damit ein Teil der Verantwortung abgenommen und den Organen des Gesundheitswesens übertragen, andererseits wurden frühestmögliche Behandlungsbedingungen geschaffen. Das Netz von Fördereinrichtungen des Vorschulalters wird im Rahmen des „einheitlichen Bildungssystems“ als flächendeckend eingeschätzt. Eine 10jährige Schulpflicht wurde in der Regel auch für Behinderte angestrebt, in Ausnahmefällen durften aber Kinder mit geistigen Behinderungen die Schule vorzeitig verlassen. Bei der Berufswahl wurden die Jugendlichen von Berufsberatungszentren in Zusammenarbeit mit Sonderschulpädagogen und Mitarbeitern des Jugendgesundheitssschutzes beraten - in Sonderschulen bereits ab der 7. Klasse.

VO vom 15. 4. 1970 über die Berufsberatung: § 9 „Die Berufsberatung der Schulabgänger mit physischen und psychischen Schädigungen, für die eine geschützte Arbeit nicht erforderlich wird, ist von den Organen der Berufsbildung und Berufsberatung, der Räte der Kreise individuell - unter Hinzuziehung von Sonderschulpädagogen, Ärzten und in Zusammenarbeit mit den Kreisrehabilitationskommissionen - durchzuführen.“

Vorzeitige Bewerbungsmöglichkeiten für Normalschüler mit ärztlich attestierter chronischer Krankheit oder Behinderung bereits mit der 9. Klasse sollten eine annähernde Chancengleichheit ermöglichen. Wer einer üblichen Lehrausbildung nicht gewachsen war, konnte einen Antrag auf Ausbildung in einem Rehabilitationszentrum für Berufsbildung stellen. Davon gab es über das Land verteilt 12 und zusätzlich einige an großen medizinischen Einrichtungen. In unserem Fachgebiet beispielsweise im BFKH Stadtroda, in dem in einer Förderabteilung der Teilabschluß für Elektriker, Transportarbeiter oder Wirtschaftsgehilfe erreicht werden konnte. Psychisch Geschädigte, die keiner geregelt und dem Erwerb dienenden Arbeit nachgehen konnten, waren immer Rentenempfänger und wurden in Tagesstätten betreut. Diese sind Einrichtungen des Gesundheitswesens, von Betrieben oder konfessionellen Institutionen, die ihr therapeutisches Ziel mit Arbeitstherapiemaßnahmen zu erreichen versuchten, wobei als moralische und finanzielle Stimulierung eine Arbeitstherapiebelohnung gezahlt werden konnte. Die Selbstbeteiligungskosten des einzelnen waren sehr gering, so kostete z. B. das Mittagessen 50 Pfennige, die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel war kostenlos, für evtl. notwendige Beförderung mit Privat-Pkw wurde Benzingeld gezahlt, und bei gemeinsamen Urlauben wurden 75% der Kosten von der Einrichtung über-

nommen. Schädigungsgerecht gestaltete Wohnheime oder geschützte Wohnungen in Neubaugebieten wurden ständig medizinisch oder fürsorgerisch betreut. 1987 gab es in der DDR insgesamt 14 266 Plätze für schulbildungsunfähige förderfähige Kinder und Jugendliche in 360 Einrichtungen, womit ein Betreuungsgrad von ca. 90% erreicht worden sein soll.

Für die psychisch Kranken im engeren Sinne galten alle gesetzlichen Regelungen wie für physisch Behinderte auch. Das Arbeitsgesetzbuch sicherte nicht nur das Recht auf Arbeit, sondern enthielt auch konkrete Festlegungen: So besagt §5, daß Werktätige in höherem Lebensalter und solche, deren Arbeitsfähigkeit gemindert ist, bei der Aufnahme und Ausübung einer Tätigkeit besonders gefördert und geschützt werden. Rehabilitanden hatten gemäß §59 einen besonderen Kündigungsschutz.

§209 „Wird ärztlicherseits festgestellt, daß ein Werktätiger für die vereinbarte Arbeitsaufgabe gesundheitlich nicht mehr geeignet ist, darf er mit dieser nicht weiterbeschäftigt werden. Der Betrieb hat ihm eine seinen Fähigkeiten und seiner gesundheitlichen Eignung entsprechende zumutbare andere Arbeit im Betrieb oder, wenn das nicht möglich ist, in einem anderen Betrieb anzubieten. Ist der Werktätige aufgrund einer arbeitsbedingten Gesundheitsschädigung für die vereinbarte Arbeitsaufgabe gesundheitlich nicht mehr geeignet und übernimmt er die angebotene andere Arbeit, hat der Betrieb eine erforderliche Qualifizierung zu gewährleisten und dem Werktätigen die Qualifizierungskosten zu erstatten.“

In der „Arbeitsrichtlinie über die Bildung und Tätigkeit der Rehabilitationskommissionen“ vom 5. 4.1961 sind organisatorische Grundfragen geregelt. Die „Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ vom 26.8. 1969 setzt grundsätzlich „psychisch schwergeschädigte Menschen“ mit „physisch Schwerstgeschädigten“ gleich. In der Präambel dieses Gesetzes heißt es:

„Es ist das humanistische Anliegen unserer sozialistischen Gesellschaft, die physisch Schwerstgeschädigten oder psychisch schwergeschädigten Bürger (Rehabilitanden) im Interesse der Entwicklung ihrer Persönlichkeit bei der Aufnahme und Ausübung einer beruflichen Tätigkeit besonders zu fördern. Dazu haben die Betriebe sowie die staatlichen Organe geeignete Maßnahmen zu treffen, durch die es diesen Bürgern ermöglicht wird, in Übereinstimmung ihrer persönlichen mit den gesellschaftlichen Interessen im beruflichen und gesellschaftlichen Leben entsprechend ihrem Leistungsvermögen tätig zu sein . . .“

Die „Verordnung zur weiteren Verbesserung der gesellschaftlichen Unterstützung schwerst- und schwergeschädigter Bürger“ vom 29.7. 1976 regelt neben den Fragen der beruflichen Rehabilitation die Verbesserung der Wohnverhältnisse, der Dienstleistungen und der gesundheitlichen Betreuung und Erholung für den genannten Personenkreis. Die „Anordnung über die Bildung und Tätigkeit von Betriebsrehabilitationskommissionen“ vom 14. 6. 1978 hat das Ziel, die Betriebe besser in die rehabilitative Arbeit einzubeziehen. 1988 wurden die gesetzlichen Grundlagen zur Schaffung kreislicher Rehabilita-

tionszentren mit der Aufgabe der Koordinierung aller Rehabilitationsmaßnahmen im Territorium geschaffen. Letztlich sei daran erinnert, daß versicherungsrechtliche Regelungen, Arbeitsunfähigkeit bis zur 78. Woche bescheinigen zu können, ehe eine Invalidisierung einzuleiten ist, den psychisch Kranken mit oft langfristigen Verläufen besonders zugute kam.

Im *Ergebnis* der genannten Gesetzgebungen entstanden Möglichkeiten der ärztlichen Verordnung von vorübergehender Schonarbeit (verkürzte Arbeitszeit oder andere Arbeitsaufgabe) und geschützte Einzelarbeitsplätze und geschützte Betriebsabteilungen. Unabhängig vom ökonomischen Nutzen wurden die Betriebe verpflichtet, Rehabilitationsarbeitsplätze zu schaffen und jährlich mit der zentralen Berichterstattung abzurechnen. Da diese außerhalb von Stellenplan und Lohnfonds gebildet wurden, gab es keine Schwierigkeiten bei der Arbeitsplatzvermittlung - da sie nur mit Zustimmung der kreislichen Rehabilitationskommission gekündigt werden konnten, wurden medizinische Belange immer berücksichtigt, und sie waren in der Regel sicherer als Arbeitsplätze von Gesunden. 1986 arbeiteten z. B. 125000 Invalidenrentner, das sind etwa die Hälfte aller. 1988 befanden sich 41 591 Rehabilitanden auf „geschützten Arbeitsplätzen“, 13 bzw. 14% von ihnen in Abteilungen oder Werkstätten und 73% auf Einzelarbeitsplätzen. In den letzten 15 Jahren hat sich die Anzahl der in geschützter Arbeit Beschäftigten mehr als verdoppelt (1975: 18872, 1988: 41 591), davon hat sich die Anzahl der Beschäftigten in speziellen „Werkstätten für geschützte Arbeit“ im gleichen Zeitraum verdreifacht (1975: 1 982, 1988: 6043). In den letzten 10 Jahren stagnierte auf dem Territorium der ehemaligen DDR der quantitative Zugang an geschützter Arbeit, so daß unter den Rahmenbedingungen der Vollbeschäftigung und des ständig beklagten Bedarfs an Arbeitskräften nach WALTHER eine Sättigungstendenz festgestellt werden konnte. Die Tatsache, daß rund ein Drittel aller Beschäftigten in der Altersgruppe 19 bis 24 Jahre und 28% in der Altersgruppe 25 bis 40 Jahre anzutreffen sind, läßt bereits einen hohen Anteil psychisch Kranker vermuten. Als allgemeinen Trend läßt sich entsprechend feststellen, daß psychisch Geschädigte und kombiniert sowohl psychisch wie auch physisch Geschädigte dominieren. Dabei sind Körperbehinderte häufiger auf Einzelarbeitsplätzen oder in Heimarbeit, psychisch Behinderte eher in Betriebsabteilungen oder Werkstätten anzutreffen.

Lassen Sie mich bitte nach diesen arbeitsmedizinischen Betrachtungen, die ich vor allem den Arbeiten von MEINHART und WALTHER entnommen habe, nochmals auf eine Besonderheit der psychiatrischen Betreuung in der ehemaligen DDR hinweisen, der ich eine sehr große Bedeutung bei der Rehabilitation unserer Kranken zumesse - es ist die Einheit von ambulant-stationärer Betreuung. Bei einem von materiellen und finanziellen Zwängen freien Arzt-Patientenverhältnis war eine „Arbeitsteilung“ zwischen ambulant und stationärtätigen Kollegen möglich, die nur von der Notwendigkeit diktiert wurde: Ist der Patient ambulant nicht mehr ausreichend versorgt, dann muß er ins Krankenhaus, und ist er nicht mehr stationär behandlungsbedürftig, geht er zurück in die ambulante Betreuung.

Nach territorialen Gegebenheiten haben sich Basiskliniken mit regionaler Betreuungsverantwortlichkeit herausgebildet, die ich am Beispiel unseres Krankenhauses kurz darstellen möchte. Wir haben in einem Einzugsgebiet von 14 Kreisen etwa 1 Mio. Einwohner - die Hälfte des damaligen Bezirkes Karl-Marx-Stadt betreut. In den Kreisen waren

7965 insges. nur $3\frac{1}{2}$ Fürsorgerinnen, aber keine Ärzte oder Psychologen beschäftigt.

7975 sind in gleicher Reihenfolge

	$13\frac{1}{2}$,	14	und	6
7985	28	20	und	16

tätig gewesen.

Entsprechend verringerte sich durch die bessere ambulante Versorgung die Verweildauer der stationären Behandlung und erhöhten sich die Aufnahme-Zahlen 1975 um 12% und 1985 um 23%. Im gleichen Zusammenhang mit zeitgemäßerem Behandlungsverfahren verdoppelten sich diagnostisch günstigere akute Verlaufsformen der Schizophrenie von 25% auf über 50% und gingen chronische um die gleiche Größenordnung zurück, vollständige *Remissionen* erhöhten sich von 18% auf die Hälfte der Behandelten.

- Die Einheit der stationären und ambulanten Behandlung ging in einigen Kliniken so weit, daß Patienten in sog. Stationsambulanzen nach unterschiedlicher Indikation kurz-, mittel- oder langfristig weiterbehandelt wurden. Über den Wert solcher Behandlungsformen ohne Therapeutenwechsel wird es einheitliche Auffassungen geben, welche Möglichkeiten zu ihrem Erhalt bestehen, wird man diskutieren müssen.
- Weiterhin sollte man die Meldepflicht als Voraussetzung eines frühzeitigen Beginns von gezielten Rehabilitationsmöglichkeiten beibehalten.
- In den bestehenden Rehabilitationseinrichtungen sollten wir vorbereitet sein, mehr Erwachsene als bisher betreuen zu müssen, da Behinderte und chronisch Kranke dem Konkurrenzkampf auf dem Arbeitsmarkt immer weniger gewachsen sind und die bisherigen Sonderbedingungen zu ihrer Beschäftigung in Betrieben wegfallen werden. Die Einrichtungen werden sich auch darauf einrichten müssen, dazu beizutragen, vor einer evtl. Invalidisierung alle Möglichkeiten einer beruflichen Rehabilitation auszu-schöpfen.

Wir haben früher gern davon gesprochen, daß Rehabilitation nicht die Aufgabe eines einzelnen Arztes, sondern eines Teams unter Einbeziehung aller gesellschaftlichen Kräfte sein muß. Wir werden uns daran gewöhnen müssen, daß es sich jetzt nicht mehr nur um eine Formulierung, sondern um konkrete Hilfsvereine, Laienhelfer, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, kirchliche Institutionen und Wohlfahrtsverbände handeln wird, und hoffen, daß sie einen erfolgreichen Beitrag gemeinsam mit den Fachleuten leisten werden.

Die rechtlichen Grundlagen der stationären Versorgung

Gerd Hoffmann

Mit der Herstellung der Einheit Deutschlands hat sich die Problemlage im Krankenhausbereich wesentlich verändert. Mehr und mehr rückt die Aufgabenstellung in den Vordergrund, das Niveau der Versorgung in den ostdeutschen Krankenhäusern an das in der früheren Bundesrepublik anzugleichen. Ab 1. Januar 1990 gilt auch in den neuen Bundesländern weitgehend das bisherige bundesdeutsche Krankenversicherungs-, Krankenhaus- und Gesundheitsrecht, darunter das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Bundespflegesatzverordnung. Der besonderen Lage der Krankenhäuser in der früheren DDR wird durch zeitlich befristete Übergangsregeln Rechnung getragen. In dem nachfolgenden Beitrag werden in einem ersten Teil zunächst die Grundzüge des KHG, die gemeinsam im gesamten Deutschland gelten, dargestellt. Der zweite Teil konzentriert sich dann auf die Eckpunkte der in den neuen Bundesländern geltenden Übergangsregelungen.

1. Die Grundzüge des Krankenhausfinanzierungsrechts für das gesamte Deutschland

1. Duale Finanzierung

Die Länder sind im Rahmen des dualen Finanzierungssystems zur Förderung der betriebsnotwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser verpflichtet. Diese haben hierauf nunmehr einen ausdrücklichen Rechtsanspruch (§8 Abs. 1 KHG). Für die Finanzierung kurzfristiger Anlagegüter und kleiner Baumaßnahmen erhalten die Krankenhäuser jährliche Pauschalbeträge, mit denen sie im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften können (§ 9 Abs. 3 KHG).

Die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten der Krankenhäuser werden von den Patienten und ihren Kostenträgern getragen. [Der starre Finanzierungsdualismus des KHG 1972/1981 ist durch die Möglichkeit des Abschlusses von Investitionsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern (§ 18 b KHG) aufgelockert worden.]

2. Das Selbstkostendeckungsprinzip

Das Selbstkostendeckungsprinzip ist die Grundorm für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (§4 KHG). Es enthält jedoch in mehrfacher Hinsicht Anreize für eine sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung:

Die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen nicht die Selbstkosten schlechthin, sondern nur die „voraus kalkulierten“ Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken (§4 Satz 2 KHG 1985). Durch die Anbindung an das Erforder-

nis der Vorkalkulation wird klargestellt, daß eine nachträgliche Kostenerstattung nicht zulässig ist. Dies gilt sowohl für die staatliche Investitionsförderung (§ 9 KHG 1985) als auch für die Vergütung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten des Krankenhauses über die Pflegesätze (§17 Abs. 1 Satz 1 KHG 1985). Dementsprechend sollen Pflegesatzvereinbarungen nur noch für zukünftige Zeiträume getroffen werden (§ 18 Abs. 3 Satz 1 KHG).

Im Pflegesatzbereich gibt es Gewinnchancen und Verlustrisiken: Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; Verluste, die es zu vertreten hat, sind vom Krankenhaus selbst zu tragen (§ 17 Abs. 1 Satz 4 KHG 1985).

Die Selbstkostendeckungsgarantie des § 4 Satz 2 KHG 1985 gilt allerdings für beide Bereiche des dualen Finanzierungssystems (Investitionsförderung und Pflegesätze ausdrücklich nur „nach Maßgabe dieses Gesetzes (KHG) und des Landesrechts“. Zu den gesetzlichen Regelungen, die gemäß § 4 Satz 2 KHG „nach Maßgabe des Gesetzes“ den Selbstkostendeckungsanspruch des Krankenhauses im Bereich der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten (Pflegesatzbereich) verfassungskonform begrenzen, gehören unter anderen:

das Ziel der sozialen Tragbarkeit der Pflegesätze (§ 1 Abs. 1 KHG), die Beschränkung auf die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses (§§ 4 Satz 2, 17 Abs. 1 Satz 1 KHG), das Gebot angemessener Berücksichtigung der Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser als Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG), die bereits erwähnte Anbindung der Selbstkosten an das Erfordernis der Vorkalkulation mit prospektiver Budgetierung und prospektiven Pflegesätzen, das gesetzliche Vereinbarungsprinzip für die Festlegung der Pflegesätze „auf der Grundlage“ der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses (§17 Abs. 1 KHG).

Mit dieser gesetzlichen Eingrenzung des Selbstkostendeckungsprinzips wird für den Pflegesatzbereich deutlich gemacht, daß Selbstkosten keine einseitige, vom Krankenhaus vorgegebene Größe sind, sondern ein vertraglich festzulegender Wert, über den in seiner Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Betriebsführung und der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu verhandeln ist. Damit soll (nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers) der Erstattungsmentalität entgegengewirkt werden, die sich darin ausgedrückt hat, das Krankenhaus könne Kosten verursachen, und die Krankenkassen hätten sie als Selbstkosten in jedem Fall zu erstatten.

3. Stärkung der Selbstverwaltung

Eine wesentliche Voraussetzung für kollektive Mitbestimmung ist auch im Krankenhausbereich die Selbstbestimmung der Beteiligten. Deswegen wurden die Grundsätze der wirtschaftlichen Eigenverantwortung (§ 1 Abs. 1 KHG) und die Vielfalt der Krankenhausträger (§ 1 Abs. 1 KHG) zu Grundnormen des KHG ausgestaltet, die von allen Beteiligten bei der Durchführung des Geset-

zes zu beachten sind. Dazu gehören auch der Erlaß und die Anwendung des einschlägigen Landesrechts zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung, der Auftrag an die Länder und die Pflegesatzparteien, bei der Investitionsförderung und der Vergütung der stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten (§ 1 Abs. 2 Satz 2 KHG), das an die zuständigen Landesbehörden gerichtete Verbot, die Gewährung von Fördermitteln mit Auflagen zu verbinden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die (gesetzlich vorgegebenen) Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden könnten.

Mit dieser Regelung wird deutlich gemacht, daß die Gesamtverantwortung für die Unternehmens- und Betriebsentscheidungen des Krankenhauses grundsätzlich nicht beim Staat, sondern beim Krankenhausträger liegt. Diese Gesamtverantwortung schließt auch die Verantwortung des Krankenhauses für eine sparsame Wirtschaftsführung ein.

4. Krankenhausplanung

Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind „einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben“; das sind in erster Linie die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuß der privaten Krankenversicherung und die kommunalen Spitzenverbände.

Durch die Krankenhausplanung und die daran geknüpften Investitionsentscheidungen werden die von den Krankenkassen zu zahlenden Folgekosten weitgehend vorbestimmt. Zweck der stärkeren Mitwirkung ist daher vor allem, den Beteiligten die Möglichkeit zu geben, gemeinsam mit den Landesbehörden Überkapazitäten in den Krankenhäusern abzubauen und Fehlentwicklungen - zum Beispiel bei den medizinisch-technischen Großgeräten - entgegenzuwirken.

5. Pflegesatzverfahren

Nach den Regelvorgaben werden das Budget, die Pflegesätze und die Sonderentgelte für (in der Regel) besonders teure Leistungen zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern vereinbart, und zwar jeweils prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum (§ 18 Abs. 1 und 3 KHG in Verbindung mit § 4 Abs. 1, §§ 5 und 6 BPfIV).

Die Vereinbarung eines Budgets und des daraus abgeleiteten allgemeinen Pflegesatzes ist zwingend (§4 Abs. 1 Satz1, §5 Abs. 1 und 3 BPfIV). Die Vereinbarung von Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und alternativen Vergütungsformen (z. B. krankheitsartenbezogene Fallpauschalen oder degressive Pflegesätze) ist in das freie Ermessen der Vertragsparteien gestellt (§ 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 21 BPfIV).

Für den Fall, daß die Vertragsparteien sich nicht auf eine neue Pflegesatzvereinbarung einigen können, entscheidet seit 1985 eine von beiden Seiten gebildete, paritätisch besetzte Schiedsstelle mit einem neutralen Vorsitzenden, dessen Stimme bei Stimmgleichheit den Ausschlag gibt (§§ 18 Abs. 4, 18 a KHG, § 17 BPfIV). Die frühere staatliche Pflegesatzfestsetzung ist entfallen. Die unabhängige Schiedsstelle muß zügig entscheiden, um den prospektiven Charakter des Budgets und der Pflegesätze auch im Konfliktfall zu wahren.

Die vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde.

Die staatliche Prüfungsbefugnis ist in beiden Fällen auf eine Rechtmäßigkeitskontrolle beschränkt. Die Genehmigung ist zu erteilen, und zwar unverzüglich, wenn die Pflegesätze den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und sonstigem Recht entsprechen (§ 18 Abs. 5 Satz 1 KHG). Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

//. Krankenhausfinanzierung in den neuen Bundesländern ab 1991

Ab 1. Januar 1991 gelten in den beigetretenen Ländern das bisherige bundesdeutsche Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen mit den im folgenden dargestellten Überleitungsvorschriften (§ 21 Abs. 1 KHG in der Fassung des Einigungsvertrages).

In das bisherige „Bundes-KHG“ sind „Überleitungsvorschriften aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands“ eingeführt worden. Die neuen Vorschriften regeln die *Investitionsfinanzierung*

- der geförderten Krankenhäuser einschließlich der Krankenhausplanung (§§22 bis 24 KHG),
- der nicht geförderten Krankenhäuser (§ 25 KHG) sowie
- der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 26 KHG).

1. Geförderte Krankenhäuser

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz werden nur Krankenhäuser öffentlich gefördert, die in den Krankenhausplan (§ 6 KHG) eines Landes aufgenommen sind (§ 8 Abs. 1 KHG).

Die erste Aufgabe der neuen Bundesländer besteht deswegen darin, Krankenhauspläne und (für Errichtungsinvestitionen) Investitionsprogramme aufzustellen. Soweit und solange in einem Land ein Krankenhausplan oder ein Investitionsprogramm noch nicht aufgestellt ist, tritt an deren Stelle die Feststellung der zuständigen Landesbehörde, daß die Voraussetzungen für eine Investitionsförderung nach dem KHG vorliegen (vorläufige Förderliste). In diese vorläufige Förderliste sind auf Antrag ihrer Träger alle öffentlichen,

freigemeinnützigen (kirchlichen), privaten und sonstigen Krankenhäuser aufzunehmen, die am 30. Juni 1990 in Betrieb waren, allerdings nur soweit sie für eine ausreichende stationäre Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind (§24 Abs. 1 und 2 KHG).

Die Landesbehörden können bei der schwierigen Auswahl der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser nicht allein entscheiden. Mit den Landesverbänden der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträgerverbände im Lande sind vielmehr *einvernehmliche Regelungen* anzustreben.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in die vorläufige Förderliste ist überdies von der zuständigen Landesbehörde durch einen förmlichen Bescheid festzustellen (§24 Abs. 1 in Verbindung mit §8 Abs. 1 Satz 2 KHG). Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG).

Für die so als förderungsfähig anerkannten ostdeutschen „Plankrankenhäuser“¹ gilt bis Ende 1993 (vgl. § 21 Abs. 2 KHG) folgende vom bisherigen KHG abweichende Finanzierungsregelung:

Die in § 9 KHG definierten Fördertatbestände werden hinsichtlich der Einzelförderung und der Pauschalförderung neu zugeschnitten. Die Einzelförderung, bei der die zuständige Landesbehörde über jeden Förderantrag eines Krankenhauses einzeln zu entscheiden hat, wird im wesentlichen auf

- die Errichtung (Neubau, Sanierung, Erweiterungsbau, Umbau) und Erstausrüstung sowie auf
- die Schließung und Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben

beschränkt (§ 22 Abs. 1 Satz 1 KHG). Die Förderung kann hierbei mit Zustimmung des Krankenhausträgers ganz oder teilweise durch Festbetrag erfolgen; dieser kann auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden (§ 22 Abs. 1 Satz 2 KHG)

Dagegen erhält das Krankenhaus im beigetretenen Gebiet

- für die Instandhaltung und Instandsetzung,
- für die Wiederbeschaffung und Ergänzung der Anlagegüter sowie
- für den sogenannten kleinen Baubedarf

jährliche Pauschalbeträge; damit kann das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften (§ 23 KHG). Dadurch sollen Bürokratie abgebaut und die Krankenhäuser im beigetretenen Gebiet zur Eigeninitiative ermutigt werden. Die Verpflichtung der neuen Bundesländer, gesetzlich festgelegte Jahrespauschalen bereitzustellen, garantiert den Krankenhäusern auch der Höhe nach bestimmte Investitionshilfen, mit denen sie ab 1. Januar 1991 fest rechnen können (vgl. amtliche Begründung der Regelung, in BT-Drucks. 11/7817, S. 150).

Soweit der Krankenhausträger mit der Jahrespauschale die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung *medizinisch-technischer Geräte* anschaffen will,

bedarf er hierzu der vorherigen Zustimmung der zuständigen Landesbehörde. Kosten für den Betrieb von nicht abgestimmten Großgeräten können vom Krankenhaus nicht im Pflegesatz geltend gemacht werden (§ 22 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit § 10 und 17 Abs. 3 Nr. 3 KHG).

Wegen der Gewichtsverlagerung von der Einzelförderung auf die Pauschalförderung sind die Jahrespauschalen im beigetretenen Gebiet höher als im bisherigen Bundesgebiet. Sie betragen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 1 KHG jährlich für jedes als förderungsfähig und bedarfsnotwendig anerkannte Krankenhausbett (Planbett) bei Krankenhäusern

1. der Grundversorgung (Orts- und Stadtkrankenhäuser) DM,	8 000
2. der Regelversorgung (Kreiskrankenhäuser und Kreiskrankenhäuser mit erweiterter Aufgabenstellung)	10000 DM,
3. der Schwerpunktversorgung (Bezirkskrankenhäuser)	15000 DM,
4. der Zentralversorgung (Fachkrankenhäuser)	15000 DM.

Abweichend von diesen Sätzen kann auch ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies wegen des Bau- oder Ausstattungszustandes oder zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist (§ 23 Abs. 1 Satz 2 KHG).

Freigemeinnützige und private Krankenhäuser sind von der zuständigen Landesbehörde auf Antrag ihrer Träger entsprechend ihrer Aufgabenstellung einer dieser Krankenhausgruppen zuzuordnen (§ 23 Abs. 2 und 3 KHG).

Der von der Förderpauschale erfaßte Mittelbedarf wird für die neuen Bundesländer von den Vertragsparteien des Einigungsvertrages auf rund 1,9 Mrd. DM geschätzt (BT-Drucks. 11/7817, S. 150). Das ist verhältnismäßig mehr als in den bisherigen Bundesländern, in denen die jährlichen Förderpauschalen zwischen 2500 und knapp 5000DM je förderfähigem Planbett liegen. Der förderungsfähige Mittelbedarf im Bereich der Einzelförderung wird auf 1,5 Mrd. DM geschätzt (BT-Drucks. 11/7817, a. a. O.).

Die Fördermittel sind bei der Einzelförderung so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten *einschließlich des investiven Nachholbedarfs* decken.

Die Gewährung von Fördermitteln stellt keine in das Ermessen der Länder gestellte Subvention der Krankenhäuser dar. Diese haben vielmehr nach §8 Abs. 1 Satz 1 KHG einen verfassungsrechtlich abgesicherten *Rechtsanspruch* auf Förderung ihrer betriebsnotwendigen Investitionskosten. Denn die Fördermittel sind im Hinblick auf die Eigentumsgarantie des Grundgesetzes (Artikel 14) ein *notwendiger Ausgleich* für die den Krankenhäusern durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§17 Abs. 4 Nr. 1 KHG) abgeschnittene Möglichkeit, ihre Investitionskosten über die Pflegesätze zu finanzieren.

Die hiernach gebotenen Ausgleichszahlungen sind von Verfassung wegen *zeitnah* zu zahlen. Bei größeren Bau- und Renovierungsmaßnahmen, die

unter die *Einzelförderung* nach § 22 Abs. 1 KHG fallen, wird man es den zuständigen Landesbehörden - angesichts knapper Fördermittel - nicht verwehren können, unter den beantragten Investitionsvorhaben nach Dringlichkeit zu selektieren. Insoweit werden sich „Warteschlangen“ nicht immer vermeiden lassen. Nicht alle förderungswürdigen und rechtlich förderfähigen Projekte sind überdies schon bei Antragstellung stets „baureif“; sie können daher nicht selten ohne Schaden für das betroffene Krankenhaus gestreckt werden. Wo aber eine beantragte Investitionsmaßnahme unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze *hier und heute* notwendig ist, kann sie nicht - etwa durch Nichtaufnahme in das Investitionsprogramm - auf die lange Bank geschoben werden. Die Landesbehörde ist vielmehr verpflichtet, eine derartige Investitionsmaßnahme unverzüglich in das Investitionsprogramm aufzunehmen und „zeitnah“ zu finanzieren. Soweit die verfügbaren Haushaltsmittel hierzu nicht ausreichen, hat sich das Land die erforderlichen Mittel gegebenenfalls durch einen *Nachtragshaushalt* zu beschaffen. Wo ein Land seine Verpflichtungen zur Finanzierung unaufschiebbarer, betriebsnotwendiger Investitionen verletzt, kann das mit Erfolg auf Zahlung verklagt werden.

In einer noch besseren Lage befindet sich das in den Krankenhausplan oder in die vorläufige Förderliste aufgenommene Krankenhaus bei der *Pauschalförderung*. Hier wird der Anspruch auf die im Gesetz der Höhe nach festgelegten jährlichen Förderpauschalen (23 Abs. 2 KHG) mit dem Eingang des Förderantrags bei der zuständigen Landesbehörde fällig.

Das bedeutet, daß die ostdeutschen Krankenhäuser zum 1. Januar 1991 einen verfassungsrechtlich zwingenden, fälligen Anspruch auf Auszahlung einer ersten angemessenen Rate auf die ihnen von Gesetzes wegen zustehende Jahrespauschale haben.

2. *Nicht geförderte Krankenhäuser*

Die öffentliche Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist nicht als Beschränkung der Eigeninitiative der Krankenhäuser zu sehen, sondern als *Angebot des Staates*, die betriebsnotwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser (auch freigemeinnütziger oder privater) im Wege der öffentlichen Förderung zu übernehmen.

Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind oder die nicht gefördert werden wollen, können ihre Investitionskosten in bestimmten Grenzen über den Pflegesatz finanzieren. Diese Grenzen sind für die ostdeutschen Krankenhäuser in §25 KHG abgesteckt. Sie erhalten hiernach von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare geförderte Krankenhäuser. Die gleiche Regelung findet sich für die westdeutschen Krankenhäuser in § 17 Abs. 5 Satz 1 KHG. Sie bedeutet, daß nur besonders wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser in der Lage sein dürften, ihre Investitionskosten über den Pflegesatz zu finanzieren.

3. Überleitungsrecht zur Bundespflegesatzverordnung 1991 bis 1993

Durch den Einigungsvertrag ist § 19a BPfIV als „Überleitungsvorschrift aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands“ in die Bundespflegesatzverordnung aufgenommen worden. Die Vorschrift tritt am 1. Januar 1991 in Kraft (§ 21 Abs. 1 Satz 2 KHG).

Danach haben die als Vertragsparteien betroffenen Krankenkassen *im ersten Halbjahr 1991* mit den ostdeutschen Krankenhäusern *Krankenhausbudgets und Pflegesätze* nach der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren.

Bei den Verhandlungen kann ein *vereinfachter Kosten- und Leistungsnachweis* (KLN) verwendet werden, der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu erlassen ist (§ 19 a Abs. 1 BPfIV). Es kann davon ausgegangen werden, daß dieser KLN im wesentlichen mit dem vereinfachten Kosten- und Leistungsnachweis des früheren DDR-Ministers für Gesundheitswesen vom 20. September 1990 übereinstimmen wird, der gemeinsam mit dem Bundesarbeitsministerium ausgearbeitet worden ist. Ostdeutschen Krankenhäusern, die bereits in der Lage sind, den kompletten Kosten- und Leistungsnachweis nach der Bundespflegesatzverordnung auszufüllen, bleibt es unbenommen, dies zu tun.

Kommt eine Pflegesatzvereinbarung bis zum 31. Mai 1991 nicht zustande, entscheiden die auch von den neuen Bundesländern zu bildenden *unabhängigen Schiedsstellen* (§18a KHG) über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte. Wo in einem Land am 30. Mai 1991 eine Schiedsstelle noch nicht errichtet ist, entscheidet die *zuständige Landesbehörde*.

Solange für 1991 Pflegesätze noch nicht rechtswirksam vereinbart oder festgesetzt sind, erhalten die öffentlichen Krankenhäuser von den Krankenkassen monatliche Abschlagszahlungen in Höhe des ihnen im Dezember 1990 von der Krankenversicherung der DDR (nach der Finanzierungsrichtlinie vom 29. Juni 1990) zu zahlenden Budgetanteils. Bei den freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern laufen die am 31. Dezember 1990 gültigen Pflegesätze weiter. Bei Meinungsverschiedenheiten über die Höhe des Budgetanteils sowie seine Verteilung auf die Zahlungspflichtigen Krankenkassen entscheidet die Schiedsstelle oder, wo diese noch nicht errichtet ist, die zuständige Landesbehörde (§ 19a BPfIV).

Die den Krankenhäusern auf diese Weise gezahlten Abschlagszahlungen sind mit dem für 1991 erstmals nach der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbarenden Krankenhausbudget zu verrechnen (§ 19 Abs. 2 Satz 3 und 4 BPfIV).

Durch diese Übergangsregelung wird ein reibungsloser Übergang von der bisherigen globalen Staatsfinanzierung der Krankenhausbehandlung in der früheren DDR auf die vertragliche Pflegesatzfinanzierung nach dem KHG und der Bundespflegesatzverordnung gewährleistet.

Da § 19a BPfIV erst am 1. Januar 1991 in Kraft tritt, sind die Krankenkassen

nicht verpflichtet, bereits 1990 mit den ostdeutschen Krankenhäusern Pflege-satzverhandlungen zu führen. Wo dies aber von den Kassen angeboten wird, sollten die Krankenhäuser sich im eigenen Interesse nicht verweigern. Es bestehen hiergegen keine Bedenken. Zumindest sollten Pflegesatzvereinbarungen bis zur Unterschriftsreife vorbereitet und den Genehmigungsbehörden der Länder zur Kenntnis gebracht werden. Es ist dringend erforderlich, daß die Krankenhäuser im beigetretenen Gebiet ab 1. Januar 1991 weiterhin liquide sind. Die gesetzlich vorgesehenen Abschlagszahlungen auf das im 1. Halbjahr 1991 zu vereinbarende Budget sind ein Notbehelf. Sie sind entweder zu niedrig oder - da darin zur Zeit noch Vergütungen für Pflegefälle und ambulante Leistungen enthalten sind, die ab 1. Januar 1991 nicht mehr in die Pflegesätze eingehen dürfen - zu hoch. In beiden Fällen kann das Krankenhaus in erhebliche Schwierigkeiten kommen. Rechtzeitige Pflegesatzabschlüsse, die die voraussichtliche Kostenentwicklung einigermaßen treffend einschätzen, können daher für die Krankenhäuser nur von Vorteil sein. *Personalkostensteigerungen* aufgrund von Tarifabschlüssen oder gesetzlichen Veränderungen sind schon von Rechts wegen zugunsten des Krankenhauses bei der nächsten Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 BPfIV). Zur Absicherung gegen *Sachkostensteigerungen* können im voraus Budgetberichtigungen vereinbart werden (§ 4 Abs. 2 Satz 2 BPfIV). *4. Finanzierung des Investiven Nachholbedarfs*

Mit der Regelfinanzierung nach den Überleitungsvorschriften zum Krankenhausfinanzierungsgesetz kann nach der gemeinsamen Begründung der Vertragsparteien zum Einigungsvertrag nur der laufende Investitionsbedarf der Krankenhäuser einschließlich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen finanziert werden. Die stationären Einrichtungen in der ehemaligen DDR werden nach übereinstimmender Einschätzung baulich und in ihrer Ausstattung als veraltet angesehen. 70 Prozent der Krankenhäuser seien in unterschiedlichstem Schweregrad beschädigt. Der investive Nachholbedarf allein bei den Krankenhäusern sei erheblich. In einem geeinten Deutschland könne deshalb eine vergleichbare stationäre Versorgung der Bevölkerung in den beigetretenen Gebieten nur erreicht und aufrechterhalten werden, wenn durch ein *umfassendes Investitionsprogramm* die Versorgungs- und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern der ehemaligen DDR zügig und nachhaltig verbessert und an die Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt werden (BT-Drucks. 11/7760, S. 372).

Zur Untermauerung dieses Zieles wurde in Artikel 33 Abs. 1 des Einigungsvertrages folgender Auftrag an die Gesetzgeber von Bund und Ländern aufgenommen:

Artikel 33 Gesundheitswesen

1. Es ist Aufgabe der Gesetzgeber, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung in dem in Artikel 3 genannten Gebiet zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird.

2. Es bleibt abzuwarten, mit welchem „umfassenden Investitionsprogramm“ die Parlamente von Bund und Ländern sich dieser selbst auferlegten Herausforderung stellen werden.

Die Entwicklung und Planung der psychiatrischen Versorgung aus Sicht eines Trägers Psychiatrischer Landeskrankenhäuser

Rainer Kukla

1. Vorbemerkung

Meine Damen und Herren,
wenn ich hier aus der Sicht eines Trägers psychiatrischer Krankenhäuser berichte, spreche ich natürlich vor allem vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Rheinland. Das Rheinland ist eine Region mit etwas über 9 Millionen Einwohnern. Träger der öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus-Versorgung (genauer gesagt: 9 Kliniken mit knapp 7000 Betten) ist hier nicht das Land (insofern ist der Begriff Landesklinik irreführend), sondern der Landschaftsverband Rheinland, ein sog. höherer Kommunalverband, dessen Verwaltung von 132 gewählten Mitgliedern der 27 Städte und Kreise im Rheinland im Sinne der Selbstverwaltung kontrolliert wird. Wenn ich im folgenden also versuche, Ihnen einen Einblick zu geben in die Entwicklungsziele und -ideen sowie die Planungsschritte und -probleme im Rheinland, dann auch aus der Sicht eines Menschen, der als politischer Wahlbeamter auf der Schnittlinie steht zwischen der fachlichen Diskussion und der politischen Beratung und Beschlußfassung in der Landschaftsversammlung bzw. ihren Ausschüssen.

Bei meiner Schilderung will ich vermeiden, Ratschläge zu formulieren. In Richtung der neuen Bundesländer könnte ich das auch gar nicht, weil ich die Situation im Detail viel zu wenig zu beurteilen vermag. Vieles wird Ihnen auch bekannt sein, und Sie werden Ihre eigenen Lösungen gefunden haben oder finden.

2. Doppelte Zielrichtung - Doppelstrategie

Von Beginn der Psychiatriereform im Rheinland an, d. h. also von etwa Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre, wurde eine doppelte Zielrichtung verfolgt, nämlich nicht nur die Verhältnisse im stationären Bereich zu verbessern, sondern auch für den Aufbau außerstationärer Angebote zu sorgen. Der Landschaftsverband vertrat also nicht einseitig Trägerinteressen - obwohl diese wegen seiner Trägerverantwortung sicherlich besonderes Gewicht hatten und auch heute noch haben - sondern war von Anfang an bereit, die „monopolartige“ Rolle seiner Kliniken in Frage zu stellen. Zwar galt es, angesichts der „brutalen Realitäten“ in den überkommenen Anstalten Bedingungen für eine humanere Patientenversorgung zu schaffen, es wurde aber als ebenso wichtig angesehen, einer zunächst oft eher widerstrebenden Öffentlichkeit deutlich zu machen, daß Alternativen im gemeindepsychiatrischen Sinne aufgebaut werden können und müssen. Durch die doppelte Zielsetzung entwickelte sich eine gelegentlich schizoid anmutende Haltung.

Es wurde aber auch eine Doppelstrategie entwickelt, die sich auch auf die Bereitstellung finanzieller Ressourcen zur Erreichung dieser beiden Ziele erstreckte. Dabei kann im übrigen nicht verschwiegen werden, daß es bis heute einfacher ist, Gelder für den stationären Bereich zu aktivieren, da die Investitionen im außerstationären Bereich politisch immer noch mehr oder weniger als sog. „freiwillige Leistungen“ angesehen werden. Daran ändert auch nichts, daß sich sicherlich die meisten Beteiligten zu dem fachlich wie volkswirtschaftlich sinnvollen Grundsatz bekennen, daß außerstationäre Angebote nicht nur humaner, sondern letztlich auch kostengünstiger sind als stationäre.

Ein Beispiel: Heute morgen haben wir den Politikern im Gesundheitsausschuß vorgerechnet, daß ein flächendeckender Ausbau von Tagesstätten im Zusammenhang mit Sozialpsychiatrischen Zentren etwa 9 Mio. DM Pflegekosten im stationären Bereich „einsparen“ könne. Die erste Frage war: „Ist dies eine Pflichtleistung?“

3. *Klinischer Bereich*

e Tatsache, daß zunächst der klinische Bereich im Vordergrund der Überlegungen stand, hängt sicherlich mit der Trägerschaft zusammen, aber auch damit, daß es außerhalb der Kliniken nur wenig Verbündete gab, die bereit waren, für die Belange psychisch Kranker einzutreten. Jedenfalls waren in der Regel zunächst die Kliniken Ausgangspunkt der Reformansätze. Auch bei den Strukturüberlegungen standen sie im Mittelpunkt, was sich z. B. auch am Begriff des „Psychiatrischen Behandlungszentrums“ illustrieren läßt, um das sog. komplementäre Dienste herum gruppiert werden sollten.

3.1 Vorgehen

sich der gemeindepsychiatrische Bedarf zu dieser Zeit in den Gemeinden selbst nicht oder nur wenig artikuliert wurde, wurde er zentral erdacht und propagiert.

Im Stile einer zentralistischen Planung bzw. „Planung von oben“ wurde beim Landschaftsverband in der Gesundheitsabteilung ein eigenes Referat „Planung, Grundsatzfragen und Beratung fremder Träger“ aufgebaut und mit der Entwicklung einer psychiatrischen Basisdokumentation eine einigermaßen brauchbare Planungsgrundlage geschaffen.

Der Schwerpunkt der Bemühungen lag zunächst auf der Analyse der Defizite, der Entwicklung von Soll-Konzeptionen; in der Umsetzung aber ganz wesentlich auf dem baulichen Sektor. „Sofortprogramme“ und „Standardbettenhäuser“ sind Stichworte aus dieser Zeit. Dies geschah aus der Not bedrückender räumlicher Verhältnisse heraus, aber durchaus nicht unreflektiert. Zum einen waren die Bemühungen um räumliche Verbesserungen verknüpft mit dem Versuch, hierüber auch therapeutische Haltungen zu beeinflussen bzw. über die Gestaltung des räumlichen Ambiente auch das therapeutische Milieu zu verbessern.

Zum anderen waren die Bemühungen getragen von dem Bewußtsein, daß es trotz intensiver Bemühungen noch sehr lange dauern würde, außerstationäre Alternativen in ausreichender Kapazität aufzubauen und daß es daher nicht verantwortet werden könne, die Patienten über lange Jahre hin in unzuträglichen Verhältnissen verbleiben zu lassen. Die Zielsetzung orientierte sich im wesentlichen daran, überschaubare Aufgaben für die Kliniken zu schaffen, sie angemessen zu differenzieren und für die zukünftigen Aufgaben zu qualifizieren.

3.2 Überschaubare Aufgabenbereiche

Zunächst einmal erschien es wichtig, die zum Teil riesigen Aufnahmebereiche der Kliniken zu reduzieren.

Dies wurde erreicht durch die Schaffung von drei gemeindenahen Kliniken (Essen, Köln und Mönchengladbach) sowie die Bemühungen um psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (inzwischen immerhin 16 Abteilungen mit über 1700 Betten). Letzteres war vor allen Dingen im Ruhrgebiet wichtig, da dort ganze Städte ohne jedes psychiatrische Bett waren.

Bei der Schaffung von psychiatrischen Abteilungen war es hilfreich, daß der Landschaftsverband Rheinland Einfluß auf die Krankenhausbedarfsplanung des Landes nehmen konnte.

Die meisten Abteilungen wurden nämlich durch Umwandlung somatischer Bettenkapazitäten geschaffen; sicher nicht aus Liebe zur Psychiatrie, sondern wegen der rückläufigen Bettenzahlen im somatischen Bereich. Zur Sicherstellung einer umfassenden gemeindenahen Versorgung wurden mit den Trägern freigemeinnütziger Krankenhäuser und Abteilungen Vereinbarungen zur Regionalversorgung abgeschlossen. Inzwischen sind über 20 solcher Vereinbarungen unter Dach und Fach. Das Gebiet des Rheinlandes wird daher nur noch etwa zur Hälfte von öffentlichen Krankenhäusern in Trägerschaft des Landschaftsverbandes versorgt. Mit dieser Entwicklung gelang es, nicht nur die übergroßen Einzugsgebiete der Kliniken zu verkleinern, sondern mit der größeren Ortsnähe auch die Zugangsschwelle zu den Kliniken zu erniedrigen, Zwangseinweisungen zu reduzieren und Verweildauern zu verkürzen.

Im Zuge der Verkleinerung konnten die Rheinischen Landeskliniken von früher etwa 12000 Betten auf unter 7000 Betten reduziert werden. Bei Neuplanungen gingen wir für die Erwachsenenpsychiatrie im übrigen von etwa 0,8/ 1000 Einwohnerinnen und Einwohner aus, um nicht von vornherein wiederum zu große Bettenkapazitäten zu schaffen, sondern bewußt einen gewissen Zwang zum Aufbau außerstationärer Angebote zu erzeugen.

3.3 Differenzierung

Bezüglich der Kliniken in der eigenen Trägerschaft wurde im Zuge der Verkleinerung versucht, ihr Angebot zu differenzieren. Dazu gehört zum einen

die Abtrennung der Bereiche für geistig Behinderte in eigenständige Heilpädagogische Heime, die wiederum den Auftrag haben, sich selbst - soweit dies geht - überflüssig zu machen. Inzwischen ist es gelungen, etwa 20% der Behinderten aus diesen Heilpädagogischen Heimen in Außenwohnungen zu bringen. Der nächste Schritt auf 40% ist durchaus realistisch. Ein weiterer Ansatz bestand in der Sektorisierung. Durch eine Binnen-Sektorisierung einiger Kliniken konnte erreicht werden, daß sich die Bezüge zum außerstationären Bereich verbessern. Darüber hinaus wurde durch die Bildung von therapeutisch eigenverantwortlich geleiteten Abteilungen (i. S. von Chefarztbereichen) versucht, therapeutische Gliederungsprinzipien durchzusetzen und wegzukommen vom direktorialen Prinzip und von früheren Gliederungen, die sich an Kriterien wie Pflege- oder Überwachungsbedürftigkeit der Patienten orientierten.

Darüber hinaus wurden voll-stationäre Kapazitäten in fast 700 Tagesklinikplätzen umgewandelt und 9 Institutsambulanzen eingerichtet.

3.4 Qualifizierung

Für das Ziel der Qualifizierung war es m. E. förderlich, daß die Kliniken wirtschaftlich und organisatorisch selbständiger wurden. Durch die Rechtsform des Eigenbetriebes wurde eine größere Autonomie gegenüber der Zentrale des Trägers erreicht.

Die Betriebsleitungen der Kliniken (Ärztlicher Leiter, Pflegeleiter, Verwaltungsleiter) können heute ihre Anliegen unmittelbar mit den Politikern, die in ihren Krankenhausausschüssen sitzen, diskutieren. Die Trägerverwaltung hat dabei sicherlich nach wie vor eine Menge Macht, sieht sich aber sehr viel häufiger eher in der Rolle des Beraters. Insgesamt ist damit eine größere Selbständigkeit der Kliniken erreicht worden. Sie sind nicht mehr als sog. Außendienststellen schlichtweg „Befehlsempfängerinnen“ in einer behördlich geprägten Struktur.

Zur Qualifizierung trug natürlich auch bei, daß in zähen Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern einigermaßen auskömmliche Pflegesätze ausgehandelt werden konnten. Dabei war hilfreich, daß Personalanzahlzahlen entwickelt wurden, die im übrigen später von der Deutschen Krankenhausgesellschaft fast unverändert übernommen wurden. Wichtig für die Entwicklung war aber sicherlich auch, daß durch die Verkleinerung und Öffnung von Stationen, ihre gemischt-geschlechtliche Belegung und eine differenziertere Personalstruktur überhaupt erst Möglichkeiten für eine qualifiziertere Arbeit geschaffen wurden.

Zur Qualifizierung des Personals trug bei, daß der Fort- und Weiterbildung sehr früh große Bedeutung beigemessen wurde. So wurden z. B. bereits vor mehr als 10 Jahren Kurse zur Fachweiterbildung für Krankenpflegepersonal eingerichtet. Heute befaßt sich ein ganzes Referat der Gesundheitsabteilung im Sinne eines kleinen Weiterbildungsinstituts mit einem umfangreichen Programm an Fort- und Weiterbildungsaktivitäten.

3.5 Umsetzungsaspekte

Der Veränderungsprozeß, der hier so kurz - und zwangsläufig unvollständig - skizziert ist, ging natürlich nicht ohne Probleme vonstatten. Um nur einige zu nennen:

- Das Beharrungsvermögen von Großinstitutionen ist selbstverständlich beachtlich. Ihr Vermögen, sich an den Bedürfnissen der Patienten und nicht an institutionellen Zwängen zu orientieren, ist sicherlich begrenzt.
- Der Bettenabbau, der oft regelrecht erzwungen werden mußte, löste immer wieder Ängste vor Arbeitsplatzverlust aus, obwohl real die Zahl der Stellen sogar noch vermehrt wurde.
- Mit den Finanzverantwortlichen gab es Auseinandersetzungen wegen der Verkleinerung der Bettenzahlen angesichts gleichbleibender Infrastruktur - bzw. Fixkosten.
- Bei den Investitionen standen Infrastrukturmaßnahmen und eher therapeutische Maßnahmen in ständiger Konkurrenz, wobei die Sachzwänge häufig die Infrastrukturmaßnahmen in den Vordergrund rückten. Ein besonderes Beispiel hierfür waren die notwendigen Investitionen aufgrund der „TA-Luft“, die erhebliche Geldbeträge verschlangen.
- In den letzten Jahren kamen die Schwierigkeiten mit dem Denkmalschutz hinzu, der es in der Regel nicht erlaubt, Gebäude, die im Zuge der Dezentralisierung der Kliniken im Grunde langfristig nicht mehr benötigt werden, schlichtweg zu schleifen. Dies zwingt zum Teil zu Sanierungen innerhalb der Kliniken, die zu allem Übel z. T. auch noch teurer sind als Neubauten außerhalb.
Um hier nicht künstlich Kapazitäten erhalten zu müssen, wird man die zukünftige Entwicklung mancher Klinik schlichtweg als allgemeines Immobilienproblem begreifen und lösen müssen.

4. Außerstationärer Bereich

Während dieser Bereich - wie gesagt - zunächst komplementär gedacht war und in seiner Entwicklung relativ stark von den Kliniken ausgehend geprägt wurde, stellt er sich heute zunehmend emanzipierter und selbstbewußter dar und nimmt auch zunehmend eine zentralere Position in allen Diskussionen ein.

Damit ist auch die Diskussion in den Gemeinden und ihren politischen Gremien lebhafter geworden. Dies wiederum ist eine gute Garantie für die weitere Entwicklung.

4.1 Tragfähigkeit

Ein besonderes Ziel war es, speziell für die Versorgung der lange vernachlässigten Gruppe der chronisch Kranken tragfähige Angebote zu schaffen. Es gibt ja heute eigentlich kaum noch einen Grund, Langzeitpatienten in großen Kliniken zu betreuen, es sei denn das Fehlen außerstationärer Alternativen.

Daher ist es erforderlich, ein möglichst umfassendes Angebot in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Freizeit, Beratung und Betreuung bereitzustellen.

im Rheinland entstanden etwa 650 Plätze in Übergangsheimen, über 2000 Plätze in Wohnheimen sowie über 1 200 Plätze im Betreuten Wohnen/Wohngemeinschaften. Darüber hinaus 30 sog. Sozialpsychiatrische Zentren; Plätze in speziellen Abteilungen für psychisch Behinderte in Werkstätten für Behinderte sowie 7 Selbsthilfefirmen. Gefördert wurden auch über 70 Vereine im Sinne von psychiatrischen Hilfsgemeinschaften und Laienhelfergruppen (über 40 von ihnen bieten auch sog. tagesstrukturierende Maßnahmen an). Als weitere Besonderheiten lassen sich nennen: Plätze in Familienpflege (43), ein Modell mit Psychiatrischen Fachkräften an Sozialstationen.

Betrachtet man diese Entwicklung etwas kritischer, so wird deutlich, daß im Bereich des Wohnens sicher einiges erreicht werden konnte, speziell die Arbeitsangebote bzw. die Angebote zur beruflichen Rehabilitation der Patienten aber vergleichsweise unterentwickelt geblieben sind.

Dies ist ein schwerer Mangel angesichts der geringen Chancen für psychisch Kranke auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und der großen Bedeutung der Arbeit für die soziale Integration und das psychische Wohlbefinden.

4.2 Pflichtversorgung

Trotz dieser Mängel scheint es mir wichtig, an dem Ziel festzuhalten, mit zunehmender Leistungsfähigkeit eine umfassende Versorgung, zu der die Kliniken verpflichtet sind, auch im außerstationären Bereich zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen. Nur so lassen sich wechselseitige Konflikte, die letztlich die Patienten aushalten müssen, vermeiden.

4.3 Pluralität/Verbund

Während die Entwicklung zunächst nach dem Motto verlief „Laßt viele Blumen blühen“, stellte sich relativ bald die Notwendigkeit ein, der Gefahr von Mehrfachbetreuung durch Zersplitterung der Angebote bzw. Nichtbetreuung einzelner Patientengruppen entgegenzuwirken. Relativ frühzeitig wurden daher im Rheinland Diskussionen darüber geführt, wie die Angebote zu einer Verbundlösung gebracht werden können. Zeitgleich mit den Diskussionen in der Expertenkommission entstanden im Rheinland aus dieser Idee heraus inzwischen die eben genannten 30 sog. Sozialpsychiatrischen Zentren, die aufbauend auf weiterentwickelten Kontakt- und Beratungsstellen auch über Angebote des betreuten Wohnens, der beruflichen Wiedereingliederung durch einen sog. Psychosozialen Dienst sowie über tagesstrukturierende Angebote und hoffentlich demnächst auch über integrierte Tagesstätten verfügen.

4.4 Besondere Umsetzungsprobleme

Um gemeindepsychiatrische Verbundsysteme zu erreichen, ist es nicht zuletzt von Bedeutung, daß sich die Kommunen dazu bereitfinden, Koordinationsauf-

gaben zu erfüllen. Ich bin daher froh, daß sehr viele Städte und Kreise im Rheinland inzwischen den Vorschlag der Expertenkommission, Koordinatoren einzusetzen, aufgegriffen haben. Dem Landschaftsverband kommt hierbei - neben seiner Funktion als Kostenträger - eher die Funktion einer Beratungsinstanz und „Informationsdrehscheibe“ zu. Eine große Hilfe ist auch, daß sich zum Beispiel die Träger der Sozialpsychiatrischen Zentren in einer „Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrie Rheinland“ zusammengeschlossen haben und konzeptionelle Weiterentwicklung betreiben, aber auch ihre Interessen vertreten.

Aus der Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland als Träger von Kliniken, die noch über zum Teil erhebliche Anteile von Langzeitkranken verfügen, hat es sich - wegen der insgesamt doch noch recht zähflüssigen Entwicklung - als notwendig herausgestellt, das Tempo der Enthospitalisierung zu beschleunigen. Ich bin daher froh, daß die Landschaftsversammlung bereit war, ein 70,5-Millionen-Programm aufzulegen, das die Bildung von Außengruppen aus den Langzeitbereichen heraus ermöglicht, aber auch vorsieht, freigemeinnützige Träger derartiger Angebote bei der Anmietung, beim Ankauf oder beim Neubau von Objekten zu unterstützen. Damit ist sichergestellt, daß der beschleunigte Aufbau außerstationärer Angebote nicht am Geld scheitert. Aktuell bleibt natürlich das Problem des engen Immobilienmarktes, der es nicht ganz leicht macht, geeignete Objekte für Enthospitalisierungsmaßnahmen zu gewinnen.

Die Entwicklung des außerstationären Bereiches ist natürlich auch abhängig davon, inwieweit es gelingt, für die Finanzierung der laufenden Betriebskosten genügend Geld bereitzustellen. Bei den meisten Vereinen handelt es sich um sog. „Arme Träger“ mit geringer, oft ehrenamtlicher Verwaltungskapazität, und für sie ist es natürlich besonders schwierig, angesichts des „historisch gewachsenen, gegliederten Systems der Sozialleistungsträger in der Bundesrepublik“, die komplizierten Finanzierungsmodalitäten zu bewältigen.

Viele Einrichtungen sind darauf angewiesen, mit mehr als 10 Kostenträgern zu jonglieren. Hier wären verstärkte Hilfen (ggfs. über die Spitzenverbände oder in Selbstorganisation der Vereine untereinander) erforderlich.

Unterentwickelt ist m. E. aber auch - vor allem im außerstationären Bereich - eine sozusagen Qualitätskontrolle. Hier käme m. E. den Angehörigen als Interessenvertretern eine wichtige Rolle zu. Sie sollten ihre Anliegen noch stärker vertreten und den Profis auf die Finger schauen.

Ein weiteres Problem ist m. E., daß noch mehr Projekte entwickelt werden müssen, um Brücken zwischen den klinischen und außerklinischen Angeboten zu schlagen. Als kleines Beispiel hierfür mag unser jüngstes Projekt in Essen gelten, Patienten aus Bedburg-Hau urlaubsweise (in einer Art Probe-WG, die aber bei Bedarf in eine Dauer-WG umgewandelt werden kann) die Wiederbegegnung mit ihrer Heimatstadt zu ermöglichen und ihnen auf diesem Wege eine Wahlmöglichkeit zu eröffnen, ihren Lebensraum selbst zu wählen.

Daß solche Projekte möglich wurden, liegt sicherlich nicht zuletzt daran, daß inzwischen im Rheinland die gemeindepsychiatrische Diskussion nicht mehr nur zentral, sondern in allen Gemeinden geführt wird. Hierfür war es nicht zuletzt hilfreich, daß die Kommunalpolitiker in der Landschaftsversammlung viele Fachdiskussionen, die sich im Landschaftsverband abspielten, in die Diskussionen innerhalb ihrer Städte und Kreise hineingetragen haben.

So etwas kann sicherlich dazu beitragen, Gemeindepsychiatrie über die eigentliche Fachdiskussion hinaus zu einer allgemein getragenen gemeinsamen Haltung und Grundüberzeugung zu entwickeln. Wenn eine solche Grundhaltung entsteht, ist mir vor der weiteren Entwicklung nicht bange.

5. Zum guten Schluß:

Ich bin nun doch versucht, noch einen Ratschlag bezüglich der weiteren Entwicklung in den sog. neuen Bundesländern loszuwerfen: Bei der Reform Ihres psychiatrischen Versorgungssystems, sprich dem weiteren Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste und Einrichtungen sind Sie in einer historisch anderen Situation als wir vor etwa 20 Jahren, weil Sie schon vieles entwickelt und viele an dem Ausbau solcher Angebote interessierte Mitbürger haben. Von daher sollten Sie m. E. den Sachzwängen, vielleicht auch der Versuchung, die Anstalten in großem Stile zu sanieren, möglichst weit entgegenwirken und die Chance nutzen, bei anstehenden Investitionsentscheidungen bzw. Entscheidungen über Ressourcenverteilungen von vornherein den außerstationären Bereich stärker zu gewichten.

Gleichzeitig stocke ich aber schon wieder bei diesem Ratschlag, weil ich aus vielen Gesprächen weiß, daß Sie im Moment große Probleme haben, auch die Strukturen, die sich bewährt haben, überhaupt zu erhalten. Ich meine z. B. die Polikliniken, die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung und manches andere mehr. Ich kann nur hoffen, daß hier nicht allzu viel kaputt geht.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Teil III

Die ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik durch niedergelassene Nervenärzte

Johannes Meyer-Lindenberg †

Die Rolle der niedergelassenen Nervenärzte in freier Praxis für die neuropsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der bisherigen Bundesrepublik wurde schon bei den ersten datensammelnden Erhebungen der Enquete 1975 ungenügend berücksichtigt; von dem 426 Seiten umfassenden Bericht sind den niedergelassenen Nervenärzten seinerzeit nur ganze 12 Seiten gewidmet worden. Bekanntlich sollten in der Enquete vor allem die notstandsartigen Mängel der stationären Versorgungspsychiatrie untersucht werden; da bei solch einem Vorhaben aber sozialpsychiatrisch und psychotherapeutisch-psychosomatische Überlegungen allgemeiner Art letztlich nicht vernachlässigt werden konnten, vermochten die Verfasser die erforderlichen Bezugspunkte zum ambulanten Umfeld der klinisch-stationären Psychiatrie nicht unerwähnt zu lassen.

Es ist nicht uninteressant daran zu erinnern, daß sehr wesentliche Impulse zur Analyse der damaligen Versorgungssituation in der nach dem Nationalsozialismus so stigmatisierten Psychiatrie der Bundesrepublik von dem 1958 gegründeten sogenannten „Rhein Main Club“ ausgingen, in dem so namhafte Mitglieder wie HAFNER, KULENKAMPFF, BRÄUTIGAM Gründungsmitglieder waren. Die wichtigen Überlegungen dieses Kreises gelangten mit der politischen Unterstützung des CDU-Abgeordneten Walter PICARD schließlich 1968 in den Bundestag, 1970 erfolgte die Berufung der Sachverständigenkommission unter dem Vorsitz von Herrn KULENKAMPFF, Stellvertreter waren Herr HAFNER und qua Amt die Präsidenten der DGPN erst R. DEGKWITZ, dann H. HIPPIUS. 1971 ist dann die AKTION PSYCHISCH KRANKE gegründet worden, um mit „politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der BRD hinzuwirken“; deren Mitglieder trugen „wesentlich zur Durchsetzung der Berufung der Sachverständigenkommission zur Entwicklung der Enquete bei und arbeiteten an diesem Gremium mit“ (Zitat APK). Der entsprechende Bericht liegt bekanntlich seit 1975 vor. Daß dabei - in Kenntnis der unbestreitbaren Qualifikation der Verfasser - so wenig Wissenschaftlichkeit einfloß, ist und bleibt erstaunlich; jedenfalls wurde in der Enquete die Möglichkeit, Forschung zur Optimierung der gesamten Krankenversorgung zu verstärken, nicht ausreichend genutzt. Durch die weitgehende Vernachlässigung beispielsweise von objektiven Daten, die dem niedergelassenen nervenärztlichen Bereich galten, konnten auch keine repräsentativen bzw. differenzierten Aussagen zum stationären „Umfeld“ letztlich gemacht werden. Hochrechnungen damals aus sieben, bezüglich ihrer Diagnoseverteilung untersuchten Praxen konnten kaum repräsentativ sein; daraus wurden aber trotzdem prospektive Bedarfsüberlegungen angestellt.

Auch bei der Analyse der sogenannten „ambulanten Dienste“ fällt in der Enquete eine, wie Bochnik dies ausdrückte, „besondere Sichtweise“ auf; die Orientierung an bestimmbar Sachverhalten und die programmatische Ausrichtung auf zum Teil utopische Versorgungskonzeptionen, gerade im ambulanten Bereich, ohne Berücksichtigung pluralistischer Ressourcen, setzte damals schon bis heute leider noch nicht überwundene Hypothesen auf, die es hier besonders im Hinblick auf die auch diesen Bereich betreffenden Fragen in der ehemaligen DDR zu hinterfragen gilt. Man muß beispielsweise von zwischenzeitlich relativierbaren Zahlen und Fakten ausgehen, die aber noch immer von der APK benützt werden. So wird in einer entsprechenden Werbebroschüre dieser Institution dargelegt, und dies ist auch nach Vorlage des Modellprogramms, der Prognosuntersuchungen und schließlich der sogenannten „Empfehlungen der Expertenkommission“ der Fall, daß zwischen 4 und 8 Millionen Bundesbürger jährlich den Praktischen Arzt mit Beschwerden aufsuchen, die hauptsächlich *seelisch* bedingt sind, und daß 600000 Menschen jährlich wegen *psychischer* Krankheiten zum niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten kommen. Präziser müßte es aber heißen, wie in der „Nervenarztstudie“, daß 7 Millionen Bundesbürger wegen psychiatrisch-neurologischer Leiden in ambulanter Behandlung stehen, und daß nicht 600 000, sondern heute 2,4 Millionen, das sind 4% der Wohnbevölkerung, von nach neuesten statistischen Zahlen ca. 4200 Nervenärzten in freier Praxis versorgt werden. Wir könnten einige weitere Beispiele einer solchen aus Sicht der Mehrzahl niedergelassener Nervenärzte tendenziösen Darstellungsweise hier erläutern, etwa zum Thema „flächendeckend“, wollen Ihnen dies aber ersparen, weil zwischenzeitlich die vorhandenen Daten und die sich daraus ergebenden repräsentativen Hochrechnungen keinen Zweifel mehr zulassen, daß diesbezüglich - besonders unter Berücksichtigung der kassenärztlichen Bedarfsplanung - keine, jedenfalls keine nicht sehr bald zu behebenden Mängel mehr bestehen. Dies betrifft auch den jüngst in Ludwigshafen bei Oggersheim eingerichteten Arbeitskreis „Hilfe für seelische Krisen“, der ohne Einbindung von Kassenärzten eingerichtet wurde.

Seitdem die wichtigen wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse des „Regionalen Landesprogrammes zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ vorliegen, besonders aber seit der Publikation der „Nervenarztstudie“ durch BOCHNIK und KOCH in diesem Jahr, sind viele der bisherigen Hypothesen über die angeblich unzureichende ambulante Versorgungssituation dringend revisionsbedürftig geworden. Indem die Strukturen der nervenärztlichen Praxen erhellt, ihre Funktionen dargestellt sowie deren Nutzen für die Patienten offenkundig wurden, muß eine neue, gerechtere Beurteilung der effektiven Leistungsfähigkeit dieses wichtigen Bereiches in der ambulanten Nervenheilkunde erfolgen.

Seit der Vereinigung mit der ehemaligen DDR zeigt sich für die DGPN und für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte eine besondere Verantwortung, die Lage psychisch erkrankter Menschen - besonders chronisch Kranker und mit psychischen Alterserkrankungen behafteter Patienten - zu verbessern.

Die DGPN und der Berufsverband treten hierfür ideologisch unabhängig ein. Vor allem neuere Untersuchungen wie von RÖSSLER, HAFNER und Mitarbeitern (1987) - sowie besonders die von BOCHNIK und KOCH in der sogenannten „Nervenarztstudie“ 1990 - beweisen, daß bislang notwendige Differenzierungsdaten fehlten, um gerade eine realistische Planung der ambulanten Versorgung möglich zu machen.

Die vorliegende Bestandsaufnahme aus den genannten Publikationen und ergänzend aufgrund unserer jüngsten Erfahrungen weist beeindruckende, bislang unbekannte Daten aus der ambulanten psychiatrischen Versorgung auf.

Von heute etwa 4000 niedergelassenen Nervenärzten sind lediglich 4% reine Psychiater und 2% reine Neurologen. Inzwischen weisen etwa 50% der Nervenärzte eine fundierte psychotherapeutische Kompetenz mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ aus. Auffallend ist, daß lediglich wie schon angeführt ein Drittel von etwa 7 Millionen Patienten mit psychiatrisch-neurologischen Diagnosen von Nervenärzten behandelt werden.

Bis zum Zeitpunkt seiner Niederlassung hat der Nervenarzt in der Bundesrepublik etwa die doppelte Weiterbildungszeit - im Schnitt 9 Jahre - wahrgenommen.

Rund zwei Drittel der oben angeführten Patientengruppe werden aber von Allgemeinärzten/Praktikern (43%) und Internisten (15%) versorgt, von denen lediglich insgesamt 7% eine wenigstens zweimonatige praktische neuro-psychiatrische Ausbildung absolviert haben.

Für etwa 286000 psychisch Kranke und Behinderte stehen rund 113000 Betten zur Verfügung; 68% der betroffenen, diagnostisch erfaßten Menschen, die von Nervenärzten behandelt werden, mußten noch nie stationär behandelt werden.

Das Spektrum der Krankheitszustände, die niedergelassene Nervenärzte in freier Praxis behandeln, umfaßt jedoch das gesamte Gebiet der Nervenheilkunde - also Neurologie und Psychiatrie. Dies ist übrigens auch ein entscheidendes Argument für die nervenheilkundliche Präsenz - also der zweifachen Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie, die in der ambulanten Versorgung erforderlich sind. Hier zeigt sich ein sachbezogener kooperativer Trend zur Allgemeinpraxis mit Verflechtung zu Berufsgruppen des sozialen Netzes.

Während in der Enquete 1975 etwa Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, Abbauprozesse im Alter und geistige Behinderungen unterrepräsentiert erschienen, zeigt sich in der „Nervenarztstudie“ diesbezüglich ein bemerkenswerter Wandel. Bei geistigen Behinderungen und Suchterkrankungen hat sich inzwischen auch eine deutliche Spezialisierung ergeben, wobei allerdings heute schon die ambulante nervenärztliche Behandlung eine wichtige Rolle spielt.

Anstatt aber das nervenärztliche Behandlungsspektrum in der kassenärztli-

chen Versorgung zu erweitern, wurden psychosoziale bzw. sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet, die zwar im Bedarfsfalle eine effiziente Arbeit vorweisen können, jedoch in ihren Kosten mit denen nervenärztlicher Praxen nicht vergleichbar sind. Hier ließe sich durch eine Gleichbehandlung dieser Behandlungssektor wesentlich optimieren, wenn die Abrechnungsmöglichkeiten über BMA, EGO und GOÄ die Anstellung von psychiatrischem Pflegepersonal, Sozialarbeitern und auch Diplom-Psychologen mit spezifisch psychiatrischer Erfahrung zulassen würden.

Durch eine engere Kooperation von so in ihrem Spektrum erweiterten Nervenarztpraxen und diesen Diensten würde eine Optimierung des sozialen Netzes garantiert werden können, so daß vor allem chronisch psychisch Kranke und auch gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen rasch Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen zugeführt werden könnten. Im Modellprogramm Baden-Württemberg konnte z. B. festgestellt werden, daß die Forderung nach weiteren Institutsambulanzen an jeder psychiatrischen klinischen Institution nicht notwendig ist. Gerade die gewünschte Gemeindenähe wäre durch die schnelle Erreichbarkeit der nervenärztlichen Praxis gesichert.

Auch die für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen geforderten „gerontopsychiatrischen Zentren“ sind verzichtbar, wenn Kooperation im ambulanten Bereich zwischen Hausarzt, Internist und Nervenarzt möglich und optimiert würde. Damit wären auch sogenannte „Fehlbelegungen“ in Akutkrankenhäusern vermeidbar.

Allenthalben, besonders und sehr verstehbar im ehemaligen DDR-Bereich, ist zu beobachten, daß psychosomatische Störungen und Erkrankungen zunehmen. Hier ist eine gezielte Fortbildung des hausärztlichen Bereiches zu fordern, die durch Konsiliartätigkeit mit niedergelassenen Nervenärzten ermöglicht würde. Derartige Störungen und Erkrankungen können dann entweder kompetent in den Praxen, in den hierfür qualifizierten Ambulanzen behandelt oder rechtzeitig einer klinischen Behandlung zugeführt werden. In den Studien von BERGELER und ZIELKE wurden zwischen Symptombeginn und stationärer Behandlung im Schnitt etwa 7 Jahre ermittelt. Dies ist nicht nur eine Vergeudung finanzieller Mittel (Krankengeld, Fehlbelegung von Akutkrankenhäusern ohne psychosomatische Kompetenz usw.), sondern vor allem zuviel Leid.

Besonders vom Berufsverband Deutscher Psychologen wird auf einen „psychotherapeutischen Notstand“ abgehoben. Hier wird verkannt, daß der Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff der früheren RVO, jetzt SGB V, Lebensberatung, Befindlichkeitsstörungen und ähnliches nicht beinhaltet. Die Erfahrungen in der kassenärztlichen Ambulanz zeigen aber im Zahlenmaterial der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, daß weniger Langzeit-Psychotherapie als vielmehr Kurzzeit-Psychotherapien notwendig sind.

Zu verweisen ist weiter auf die bisherige Psychotherapeutendichte in der kassenärztlichen Versorgung: Nach den praktischen und Allgemeinärzten sowie den Internisten stehen die „Psychotherapeuten“ an dritter Stelle!

Das vor allem vehement lobbyistisch vom BDP geforderte psychologische Psychotherapeutengesetz wird als eine berufsrechtliche Notwendigkeit dargestellt, da Diplom-Psychologen bisher ausschließlich über das Heilpraktiker-gesetz tätig werden können. Unter Umgehung des von ihr selbst veranlaßten Gutachtens zur Klärung der hiermit zusammenhängenden Fragen hat die zuständige Ministerin vor kurzem in Zusammenarbeit mit den Koalitionspartnern eine „Eckdatenerklärung“ abgegeben, die ein durchschaubares wahltaktisches Manöver ist. Uns jedenfalls, DGPN wie Berufsverband, hatte sie gebeten, die Ergebnisse des Gutachtens abzuwarten, auch hieraus sind „Stilfragen“ der Psychologin Frau Lehr ableitbar, es bedarf dringend der konzertierten Aktion aller betroffenen Psychiater in dieser Sache, die entsprechenden Reaktionen der Ärztekammer und der KBV, die mit uns gemeinsam definiert wurden, sind nur zu begrüßen.

Aus versorgungsrechtlicher Sicht ist die Notwendigkeit eines psychologischen Psychotherapeutengesetzes fragwürdig. Unverzichtbar ist bei der ministeriellen Planung dieses Gesetzes, daß körperliche Funktionsstörungen und psychische Störungen im Rahmen von körperlichen Erkrankungen und im Alter vor Beginn einer jeden psychotherapeutischen Maßnahme erst einmal umfangreich und kompetent medizinisch untersucht worden sind. Wir sehen eine vergleichbare psychotherapeutische Kompetenz bei entsprechend weitergebildeten Ärzten und entsprechend ausgebildeten Psychologen, allerdings nicht im körperlichen Bereich, da im Psychologie-Studium zu wenig Kenntnisse und Erfahrungen über körperliche und psychiatrische Erkrankungen vermittelt werden. Dies bedeutet auch, daß im Rahmen einer psychologischen Psychotherapie, wenn ein somatisch relevanter Symptomwandel stattfindet, eine spezialärztliche „Zusatzuntersuchung“ erforderlich sein muß, auch sinnvollerweise dies zwischendurch und am Ende bei derartigen Vorhaben die Qualität des ganzen psychotherapeutischen Prozesses nur verbessern würde.

Aus Sicht der DGPN und der niedergelassenen Nervenärzte ist eine in der Gemeinde integrierte gemeindepsychiatrische Versorgung sehr zu begrüßen. Insbesondere ist längst überfällig, daß psychisch Erkrankte den körperlich Erkrankten gleichgestellt werden. Dieses schon im Rahmen der Enquete 1975 erhobene Postulat ist bis heute längst nicht erfüllt. Die DGPN und die niedergelassenen Nervenärzte sind sich hier mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE, der DGSP, den Angehörigen, den Trägern usw. einig.

Gemeindenaher Versorgung, Ausbau des psychosozialen Netzes und Koordination vorhandener Strukturen dürfen aber nicht über kostspielige neue Institutionen wie die vorgeschlagenen „Koordinatoren“ in ein Wirrwarr der Zuständigkeiten führen. Nicht die Aufblähung von Bürokratie ist ein Erfordernis der Stunde, sondern die Optimierung der Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen. Rückkoppelung, Transparenz und pluralistische Entfaltung sind so leichter möglich, können so mehr Effizienz der kassenärztlichen Versorgung und Vermeidung von Fehlinvestitionen garantieren.

Wünschenswert wäre eine um die Uhr gemeindenahere Präsenz psychiatrisch-psychotherapeutischer Krisenintervention. Diese könnte selbst in ländlichen Gebieten gewährleistet sein, wenn hier nicht am falschen Ende gespart würde.

Sowohl in der Enquete und nachdrücklich im sogenannten Expertenpapier werden für die ambulante Versorgung psychisch Kranker spezielle extramurale Institutionen gefordert. Bedauerlicherweise zeigte die Evaluation der 14 Modellprogramme keine annähernd realistischen Schätzwerte, da die Bedingungen in den Modellprogrammen völlig unterschiedlich waren. Hier ist eine neue, ideologiefreie und flächengreifende Evaluation wünschenswert, wie sie ansatzweise in der Nervenarztstudie von BOCHNIK und KOCH 1990 vorgelegt wurde.

Zu beklagen ist eine gegenseitig feststellbare, durch Vorurteile behinderte Einstellung zwischen Nervenärzten und sozialen Institutionen. Gezielte Aufklärungsarbeit und vor allem Kooperationen sollten hier eine gegenseitige Achtung entwickeln, die bei Anerkennung der spezifischen Kompetenz dann dem psychisch kranken Menschen zugute kommen kann.

Besondere Betonung sollen hier Diagnostik und Therapie von Abhängigkeit und Suchterkrankungen finden. Obwohl diese Erkrankungen jedem Nervenarzt und jeder Nervenärztin aus der durchgelaufenen Weiterbildung bekannt sind, sind die von Nervenärzten angebotenen ambulanten Behandlungs- und Entwöhnungsprogramme immer deutlicher in ihrer großen Bedeutung zur Kenntnis genommen worden. Allerdings ist hier der Einsatz von psychiatrischem Pflegepersonal, von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen sowie von Diplom-Psychologen unverzichtbar. So ist es verständlich, daß die von Kassenseite verhinderte Anstellung dieser Personengruppen in den nervenärztlichen Praxen zur Entwicklung und Einrichtung entsprechender Sucht-Beratungsstellen- und -Institutionen geführt hat. Es ließe sich die Effizienz vorhandener Institutionen wesentlich steigern, wenn hier die nervenärztliche Praxis in der Lage wäre, durch Anstellung entsprechenden Personals zu kooperieren.

Die Gruppe der sogenannten „nicht erreichbaren Patienten“ stellt den niedergelassenen Nervenarzt bis heute vor besondere, oft leider kaum lösbare Probleme. Diese Patienten mit mangelnder Einsicht bzw. mangelnden Informationen über ärztliche Hilfsmöglichkeiten, mit bewußter Ablehnung psychiatrischer Hilfe - aus welchen Gründen auch immer -, mit Resignationshaltungen, mit vielfach hilfloser Auslieferung an Umgebungen, die keine angemessene Hilfe leisten, und die von Hilfsmöglichkeiten ferngehalten werden, benötigen vielfach und tatsächlich spezielle stationäre, teilstationäre und eben auch ambulante Behandlungsmaßnahmen. Auch hier könnte das bisher unterschätzte Potential der niedergelassenen Nervenärzte im versorgenden, intervenierenden und nachgehenden Bereich aktiviert werden. Dazu müssen allerdings die derzeitigen rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen erweitert bzw. neu strukturiert werden. Heute kann z. B. der niedergelas-

sene Nervenarzt diesen Patienten erst aufsuchen, wenn Gefahr für Leibliches sowie fremdes Gut besteht oder wenn der betroffene Patient dies ausdrücklich wünscht.

Im Gegensatz zur Expertenkommission ist der niedergelassene Nervenarzt und die niedergelassene Nervenärztin nicht lediglich ein Baustein, sondern ein Fundament in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland. Entsprechend der in langjähriger Weiterbildung ausgewiesenen Kompetenz einschließlich Erfahrungen und Kenntnis psychotherapeutischer Methodik könnte hier dieses Fundament im Rahmen des gewünschten und geforderten psychosozialen Netzes wesentlich umfassender und effektiver tätig werden. Wir stellen uns nicht nur eine Filterfunktion, sondern eine Optimierung des primärhausärztlichen Bereichs vor, sofern vorliegende Ressourcen auch genutzt werden. Ein freiberufliches System ist dirigistisch-geplanten Diensten und Institutionen überlegen. Im Interesse der betreuten Patienten ist zu fordern „soviel berufliche Entfaltung wie möglich und so wenig Staat wie nötig“.

Der Schwerpunkt der neuropsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung ist nun mal aus den Kliniken in die Praxis verlagert worden, wobei hier der größte Anteil von Nicht-Nervenärzten (noch) wahrgenommen wird. Gerade die psychopharmakologische Betreuung etwa von affektiven Störungen ist beim Hausarzt - wie kürzlich in Berlin HEIMCHEN und LINDEN es darlegten - zunächst jedenfalls unzureichend, diesbezüglich besteht also nicht nur ein dringender Fortbildungsbedarf, sondern auch die Notwendigkeit zur internen, aber auch öffentlichkeitswirksamen Aufklärung. Es ist daher sehr zu begrüßen, wenn gerade niedergelassene Nervenärzte in praxisnahen Forschungsprojekten mitarbeiten; bei einer derartigen Kooperation von Klinik und Praxis wird die Qualität in der Betreuung der Patienten verbessert, und darum geht es ja in erster Linie. Eine verbesserte nervenärztliche Versorgung in freier Praxis muß aber auch eine differenzierte Erfassung relevanter Daten ermöglichen, gesundheitspolitische Planungen ohne entsprechendes statistisch repräsentatives Material sind gefährlich, Aus-, Wieder- und Fortbildungskonzepte bedürfen der normativen „know hows“ und nicht weiter der programmatischen Vorstellungen. Dies gilt besonders für Überlegungen, die jetzt der Strukturierung der Psychiatrie im östlichen Bereich der BRD gelten; Bestandserhebungen nach Art einer wie es von Seiten der APK heißt „Mini-Enquete“ unter Ausschluß wesentlicher Gruppierungen, etwa der niedergelassenen Nervenärzte oder der Wissenschaftlichen Gesellschaften, dürfte es eigentlich, besonders nach den gemachten Erfahrungen, nicht mehr geben.

Die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durch poliklinische Einrichtungen und Psychiatrische Beratungsstellen in der ehemaligen DDR

Heike Berger

Polemik verstärkt Widerstand oder erzeugt ihn sogar! Ich will in meinem Vortrag dennoch nicht darauf verzichten. Angeregt wurde ich nicht zuletzt durch den telefonischen Anruf einer mir unbekanntem Frau, die seit 20 Jahren an Epilepsie leidet, trotzdem nicht resignierte und seit Anfang des Jahres dabei ist, eine Selbsthilfegruppe aufzubauen. Sie habe den Veranstaltern angeboten, hier einen kleinen Erfahrungsbericht darüber zu geben, was aber abgelehnt worden sei. Nun wende sie sich an mich als „eine der wenigen Nicht-Professoren“, wie sie sagte, vielleicht „Eine aus der Praxis“ und jedenfalls die „einzige Frau“ unter den Referenten, um mich zu fragen, ob es sich lohne, an der Tagung teilzunehmen, oder ob sie lieber an einer Fahrt mit ihrem Kollektiv nach Paris teilnehmen solle.

Ich muß gestehen, diese Frage brachte mich in Verlegenheit. Ich war noch nicht in Paris und hätte in der Bedrängnis der Vorbereitung dieses Vertrages liebend gern mit ihr getauscht. Letztlich entschloß ich mich, sie, auch aus egoistischen Gründen, zu bitten, hierher zukommen, in der Hoffnung, in ihr eine anteilnehmende ZuhörerIn zu finden.

Unser interessantes Gespräch regte mich zu folgenden Anmerkungen über einige widersprüchliche Tendenzen der psychiatrischen Versorgung in der DDR an.

1. Obwohl doch der Patient Inhalt, Ziel, Auftraggeber etc. alter Angebote sein sollte, wurde er bislang fast völlig aus der Planung, Gestaltung, also schlicht der Mitsprache über Inhalt und Form der Versorgung, ausgeschlossen.
„Experten“ bestimmten, was gut für ihn sei. Fremdhilfe ging vor Selbsthilfe bzw. Fremdbestimmung vor Selbstbestimmung (einer der begünstigenden Faktoren für einen Mißbrauch).
2. Obwohl die Mehrzahl der psychisch Kranken und Behinderten überwiegend oder sogar ausschließlich extramural leben bzw. reintegriert werden können und sollen, wurde die psychiatrische Versorgung nicht von den Kommunen bestimmt, sondern vor allem von den Großkrankenhäusern als „Zentren der psychiatrischen Versorgung“ bzw. in letzter Zeit, etwas abgeschwächt, als „Zentren der Aus- und Weiterbildung“, was nur eine Umschreibung desselben Sachverhalts darstellt. (It. WEISE und UHLE entfielen 1986 auf 10 Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie 5,9 stationär und 4,1 ambulant tätige/10⁵ Einwohner. Meines Wissens gibt es noch immer

Kreise, in denen kein einziger hauptamtlich ambulant tätiger Nervenarzt beschäftigt ist).

3. Obwohl sich das persönliche Leiden bzw. das Leid der Patienten sehr stark aus ihren gestörten sozialen Beziehungen, ihrer Isolierung, ihrem Ausgegrenztsein, ihrem Belächelt- oder Gefürchtetsein herleitet, geht Symptombeseitigung noch immer vor Beziehungsoptimierung. Biologische Therapieverfahren, die den Kranken zu einem Objekt der Betreuung machen, überwiegen. Sozialpsychiatrisches und psychotherapeutisches Vorgehen hat es demgegenüber ungleich schwerer sich zu behaupten bzw. unterliegt z. T. einem ähnlichen Defätismus wie die Kranken selbst. Auch der ökologische Aspekt bleibt in vielen Fällen unberücksichtigt. Individuelles regiert zumeist vor Sozialem, d. h. Text vor Kontext, Aktuelles vor Lebensgeschichtlichem, sekundäre Prävention vor Primärprophylaxe.
4. Schließlich noch eine Feststellung: Obwohl die praktische Betreuungsarbeit, d. h. der empirische Fundus, überwiegend von weiblichen Mitarbeitern erbracht wird, haben Männer bei uns das „Sagen“ bei der Erstellung der Fachkonzeptionen, der Planungen und auch auf wissenschaftlichem Gebiet.

Ich stelle das einfach nur fest.

Dafür, daß sich manche der aufgezeigten Widersprüchlichkeiten auch in dieser Tagung wiederfinden, sprechen einige Indizien. Angefangen von der Tagesordnung und ihrer Reihenfolge (z. B. stationär vor ambulant) bis hin zur Auswahl der Referenten (wiederum Unterrepräsentanz der Vertreter ambulanten, in Sonderheit gemeindepsychiatrischer Betreuungseinrichtungen; Verhältnis männlicher zu weiblicher Referenten wie 16:1, Verhältnis „Professionelle“ zu Betroffenen wie 17 :0!). Ich hoffe, daß wenigstens im Auditorium Patienten und Angehörige sowie Teilnehmer aus den Kommunen vertreten sind.

Nun könnte ich mir vorstellen, daß es sich bei den skizzierten Polarisierungen gar nicht um etwas DDR-Spezifisches handelt. Einen Widerspruch gab es allerdings in der ehemaligen DDR nicht (jedenfalls nicht im antagonistischen Sinne): Den zwischen kommunal-zentralisierter gemeindepsychiatrischer Versorgung, z. B. in psychiatrischen Polikliniken oder Beratungsstellen, und ambulant dezentraler Betreuung, z. B. in staatlichen Arztpraxen oder kleineren neurologisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen an Polikliniken. Dafür gab es bisher keine ökonomische Grundlage und damit keine Basis für einen Konkurrenzkampf. Hier nun scheint sich jetzt für uns ein neues Spannungsfeld aufzutun, das die anderen skizzierten Widersprüche möglicherweise zu akademischem Geplänkel zusammenschrumpfen läßt. Es geht nunmehr um ökonomisch begründete Gegensätze zwischen staatlichen (= kommunalen, = öffentlichen, = poliklinischen) Gesundheitszentren und privaten Versorgungsstrukturen.

An diesem Punkt angelangt wird mir plausibel, warum die Idee der Gemein-

depsychiatrie so eng mit der 68er Bewegung verknüpft war, die sich ja auch primär als gesellschaftskritische Bewegung verstand. Es wäre sicher interessant und auch notwendig zu untersuchen, inwieweit Erfolge und Mißerfolge der gemeindepsychiatrischen Idee in beiden deutschen Staaten jeweils mit den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen korrelierten.

Die gegenwärtig praktizierte hastige Angliederung und Vereinheitlichung nach bundesrepublikanischem Vorbild behindert auf beiden Seiten allerdings ein solches notwendiges Resümee. Das erzeugt bei vielen von uns, ob wir das wollen oder nicht, eine Art trotzigem Aufbegehren, teilweise verbunden mit einer gewissen nostalgischen Tönung. Beides verstellt eher den Blick für eine objektive Bewertung und leistet im Sinne der Abwehr schon wieder Verdrängungs- und Verleugnungstendenzen Vorschub. Die Möglichkeit eines unvoreingenommenen Vergleichs und die Chance, in beiden Teilen Deutschlands Bewahrens- und sogar Verallgemeinerungswürdiges auf dem Gebiet der psychosozialen Versorgung zu entdecken, könnte vergeben werden. Wir wären schon wieder „verdammt“, unsere Vergangenheit zu wiederholen, weil wir im Begriff sind, sie zu verdrängen.

Ich versuche einmal, in bezug auf die DDR ein gedankliches Angebot zu machen.

Der reale Sozialismus ist m. E. in erster Linie an seiner undemokratischen Praxis gescheitert, an der unwürdigen Entmündigung seiner Bürger, deren Bewegungsraum, von einigen Ausnahmen abgesehen, ja fast im Sinne einer kustodialen Verwahrung eingeschränkt war. Etwas anders und in Nuancen freundlicher ausgedrückt könnte man auch von einer Überfürsorglichkeit sprechen, die jedoch letztlich auch nur Abhängigkeit und Hilflosigkeit hervorbrachte. Auch das aus Sicht humanistischer und kultureller Werte nicht unbedingt höchste, aber für die proklamierte Übergangsperiode vermutlich begründete Prinzip: „Jedem nach seinen Leistungen“ konnte die „Diktatur des Proletariats“ von Anfang an nicht realisieren. Denn nichts fürchteten die allmächtigen Vertreter dieses Systems mehr als den wirklich leistungsfähigen, sprich kreativen, eigenständigen, durchsetzungsfähigen Menschen. Hier bestand eher der Trend, solche Individuen zu pathologisieren und damit „unschädlich“ zu machen. Autonomie, soziale Kompetenz, Spontaneität, Eigenwilligkeit waren, sofern sie als Therapieziele formuliert wurden, unter diesem Verständnis natürlich suspekt. Es bestand durchaus die Tendenz, einer solchen Art von Genesung entgegenzuwirken und die so Gesunden wieder zu depotenzieren oder ihnen verschiedenartigste Sanktionen aufzuerlegen. Dafür gibt es ja genügend Beispiele. Das Aufbegehren gegen solche Restriktionen führte schließlich die Wende herbei, die m. E. ein Akt wirklicher Selbstbefreiung war. Das sollten wir uns ruhig immer wieder einmal vor Augen halten.

Nun macht sich dennoch, und mit zunehmendem Vereinigungstempo verstärkt, ein Ambivalenzgefühl bei vielen von uns bemerkbar, das nicht nur aus der empfundenen (und begründeten!) (Selbst-)Unsicherheit und Hilflosigkeit

resultiert, sondern auch Verluste signalisiert. Es geht hier wohl um die unverkennbar auch positiven Züge der beschriebenen Fürsorglichkeit und einer eben leistungsunabhängigen sozialen Absicherung und Teilhabe, sofern sie Menschen betrafen, die aus Gründen einer wie auch immer gearteten Behinderung den existenziellen Anforderungen nicht oder nur eingeschränkt gewachsen sind.

Wenn in bezug auf das psychiatrische Versorgungssystem immer wieder darauf hingewiesen wird, es solle sich an den Schwächsten, d. h. den chronisch Kranken orientieren, so bot das soziale und gesundheitliche Versorgungssystem der DDR gerade diesen Patienten relativ gute Chancen nicht nur einer ausreichenden sozialen Sicherstellung, sondern einer befriedigenden Integration zumindest in die berufliche Welt. Bezogen auf die schwerer gestörten chronisch Kranken und Behinderten bestanden im staatlich finanzierten Gesundheitswesen z. B. in Gestalt der psychiatrischen Polikliniken und Beratungsstellen relativ gute institutionelle Strukturen für eine gemeindenahere, ambulante Versorgung dieser Patienten in ihrem Lebensraum, ohne ausgeprägte Elemente einer Zweiklassenpsychiatrie. Mit z. T. erheblichen territorialen Unterschieden, insbesondere in der personellen Ausstattung, konnte sich in einer Reihe von Städten und Kreisen eine sehr gute und komplexe kommunale psychiatrische Betreuung entwickeln, die in vielen Punkten den Forderungen der Enquete-Kommission, auch in ihrer Fortschreibung, entspricht bzw. darüber hinaus weist.

Ich möchte ihnen die Spezifik dieses Betreuungssystems einmal anhand der Ostberliner psychiatrischen Beratungsstellen darstellen, die sich in den letzten 20 Jahren in allen Stadtbezirken herausgebildet haben. Für sie trifft das gleiche zu, was WEISE und UHLE für die Fach-Polikliniken aussagen, nämlich als „Hauptträger ambulanter psychiatrischer Betreuung ... konzeptionell diagnostische und therapeutische Leistungen entsprechend dem Angebotsspektrum, welches durch Nervenärzte in staatlichen Arztpraxen bzw. eigener Niederlassung realisiert werden kann, mit Anforderungen an sozialpsychiatrische Dienste (zu verbinden,) die nur kollektiv durch Einbezogenheit von Psychologen, Fürsorgern (Sozialarbeitern) und Schwestern/Pflegern zu realisieren sind. Sie können damit auch Formen der Beratung, der Vor- und Nachsorge, Förderung von nicht professionellen Hilfsangeboten wie z. B. Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit und Entwicklung und Anleitung von komplementären Behandlungsangeboten in ihr Leistungsprofil aufnehmen“. Soweit das Zitat.

Um die Dinge praktisch zu veranschaulichen, will ich Ihnen einfach einmal einige Charakteristika dieser Einrichtungen aufzeigen. Ich beziehe mich dabei auf die Ostberliner psychiatrischen Beratungsstellen, weil ich diese aus meiner eigenen Tätigkeit am besten kenne. Die Aussagen treffen, wie ich aus vielen Gesprächen mit Kollegen aus anderen Bezirken weiß, die sich auch der kommunal-psychiatrischen Betreuung verschrieben haben, auf deren Einrichtungen in vollem Umfang zu.

1. Die psychiatrischen Beratungsstellen sind im Sinne einer Pflichtversorgung für folgende Zielgruppen zuständig:
 - chron. progrediente und rezidivierende Psychosen aller Art
 - geropsychiatrische Erkrankungen
 - Suchtpatienten
 - Suicidgefährdete bzw. in psychosozialen Krisen befindliche Menschen
 - psychiatrisch versorgungsbedürftige geistig Behinderte und Anfallskranke sowie
 - schwerer gestörte neurotische bzw. „psychopathische“ Persönlichkeiten, die einer speziellen psychotherapeutischen Behandlung nicht zugänglich sind.

Zusammengefaßt handelt es sich eben um jene chronisch psychisch kranken, sozial desintegrierten, isolierten, störenden, schwierigen, nicht selten krankheits- und/oder behandlungsuneinsichtigen Patienten, an welchen sich, wie schon ausgeführt, das Versorgungssystem orientieren sollte.

Spätestens bei dieser Charakterisierung deutet sich an, daß die Mehrzahl von ihnen für ein kommerziell ausgerichtetes Versorgungssystem gar nicht attraktiv ist und der Gedanke einer Konkurrenz damit ganz unnötig wird und an den Realitäten vorbeizieht. Aus Gründen ihrer Krankheit, ihres psychosozialen Status sowie ihres hohen Betreuungsaufwandes sind sie „marktwirtschaftlich“ gar nicht besonders gefragt und wegen ihrer sehr eingeschränkten „Wartezimmerfähigkeit“ unter Umständen sogar „geschäftsschädigend“.

Diese Aspekte finden sich insofern folgerichtig in der von KATSCHNIG und anderen ermittelten niedrigen Repräsentanz dieser Kranken bei niedergelassenen Nervenärzten wieder. Ich denke, wir sollten für diese Patienten (und nur für diese!) den unnötigen und destruktiven Gedanken einer Konkurrenz zumindest in den ostdeutschen Ländern nicht aufkommen lassen und den psychiatrischen Beratungsstellen bzw. Polikliniken neben den präventiven rehabilitativen und administrativen Aufgaben die kurativen Befugnisse unbedingt erhalten. Das sollte nicht nur für eine Übergangszeit gelten, sondern aus den dargestellten Gründen der Sicherstellung einer ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung generell auch in der Zukunft.

2. Die Beratungsstellen repräsentieren den ambulanten Pol eines durchgehenden sektorisierten Betreuungssystems, dessen stationärer Anteil überwiegend von sog. Basiskliniken wahrgenommen wird. Sie sind für jeweils einen Stadtbezirk als Standardversorgungsbereich von 100-180000 Einwohnern voll versorgungspflichtig.
3. Wie bereits erwähnt, stellt sich die Tätigkeit der psychiatrischen Beratungsstellen als eine Kombination von präventiven, diagnostischen und kurativen, metaphylaktischen und auch gutachterlich-administrativen Funktionsanteilen dar. Daraus folgt

4. die Versorgung vollzieht sich unter einer ganzheitlichen Sicht des Patienten komplex und multiprofessionell durch ein Team von Nervenärzten, Psychologen, Fürsorgern und Schwestern bzw. Pflegern. Das gewährleistet die permanente Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte in allen Phasen der Betreuung.
5. Es wird eine nachgehende, d. h. aktiv-aufsuchende Betreuung, z. B. in Form einer umfangreichen Hausbesuchstätigkeit realisiert.
6. Die Beziehungen zu den Patienten sind im allgemeinen kontinuierlich und zumeist, bedingt durch den Charakter ihrer Störungen, auf Langfristigkeit angelegt.
7. Es erfolgen - allerdings qualitativ und quantitativ ausbaubedürftige - Intentionen in bezug auf den kommunalen Bereich bzw. die „Landschaft“ (DÖRNER) des psychisch Kranken, beispielsweise bei der Konzeption, Mitgestaltung und Mitbetreuung flankierender Einrichtungen wie geschützter Wohn- und Arbeitsformen, Patientenklubs und anderer rehabilitativer Bereiche,
8. Durchführung von Begutachtungen verschiedener Art sowie Einleitung und zum Teil Mithilfe bei der Durchführung von Einweisungen, inkl. Zwangseinweisungen.
9. Öffentlichkeitsarbeit, Angebot von Aus- und Weiterbildung sowie Hospitationsmöglichkeiten für Ärzte, Psychologen und Fürsorger.

Soweit in kurz gefaßter Form eine Zusammenstellung der wesentlichen Funktionsmerkmale dieser sog. psychiatrischen Beratungsstellen, für die wir auch gern die Bezeichnung „gemeindepsychiatrisches Zentrum“ setzen würden.

Daß diese Form der Versorgung offensichtlich effektiv ist, läßt sich anhand einiger Kriterien nachweisen. Beispielsweise bewegt sich die Zahl an Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken in den einzelnen Stadtbezirken Ostberlins seit mehreren Jahren zwischen 4-6 pro Jahr (wir wissen, daß die Zwangseinweisungen nach dem PsychKG in Westberlin beispielsweise 30-40 mal höher liegen). Nun könnte die Vermutung geäußert werden, daß bei uns die Patienten einsichtiger, weil gehorsamsgewohnt, sind und die Kriterien für Freiwilligkeit legerer gesehen werden als in der Bundesrepublik. Beides mag zutreffen, obgleich der Eindruck des Mißbrauchs der DDR-Psychiatrie sich ja eher auf eine ungerechtfertigte Ausweitung von Zwangseinweisungen bezog. Diese Fragen sollten uns noch weiter, auch wissenschaftlich, beschäftigen.

Vielleicht entscheidender für die Einschätzung der Effektivität dieser ambulanten Einrichtungen ist deshalb die insgesamt niedrige Inanspruchnahme psychiatrischer Krankenhausbetten. Für einen Stadtbezirk wie Berlin-Lichtenberg mit seinen 180000 Einwohnern betrug die Einweisungsrate für alle Patienten der genannten Zielgruppen nicht mehr als 10-15 pro Monat. Ich könnte mir vorstellen, daß auch die Vertreter der Krankenkassen ein Interesse an der Aufrechterhaltung dieser sehr viel billigeren und effektiven Betreuungsform haben dürften.

Gestatten Sie mir aber, jenseits aller finanziellen Aufrechnungen, dazu noch ein paar persönliche Reflexionen. Ich denke, diese insgesamt recht guten Betreuungsergebnisse beruhen nicht vordergründig auf den organisatorisch-strukturellen Rahmenbedingungen, sondern vielmehr auf in Jahren gewachsenen, konstanten Beziehungen zwischen den Mitarbeitern dieser ambulanten Institutionen und den Patienten, wozu die Bedingungen allerdings nicht unwesentlich beitragen.

Ich vertrete die Auffassung, daß es sich hier um eine Form eines gewissermaßen „institutionalisierten Settings“ handelt, das offenbar Grunderfordernissen oder Bedürfnissen, besser noch Bedürftigkeiten dieser Klientel entgegenkommt und sich damit praktisch bewähren konnte.

Welche Bedürfnisse haben die Patienten der genannten Zielgruppen? Wenn man sich vergegenwärtigt, daß es sich in sehr vielen Fällen um Menschen mit erheblichen Selbstwertstörungen handelt, deren Ursprung zumeist in frühzeitig erfahrenen und im späteren Leben immer wieder aktualisierten Traumatisierungen bzw. Defiziten in der Zuwendung und Akzeptanz liegt, wird mit ziemlicher Sicherheit auf ihre Bedürftigkeiten verwiesen, und man kann daraus ableiten, was sie vorrangig benötigen.

In einem Satz zusammengefaßt ist das: Eine quasi bedingungslos annehmende, geduldige, konstante, zuverlässige, schützende, empathische Zuwendung durch ein möglichst gleichbleibendes Betreuungsteam, das im Grunde ein Surrogat guter Eltern darstellt. Im einzelnen bedeutet das, konkret auf unsere Arbeitsweise bezogen:

1. Keine Einschränkung unserer Verfügbarkeit und Zugänglichkeit gegenüber Auffälligen, Aggressiven, Schwierigen, Alten, Sozial-Schwachen, unheilbaren, evtl. unästhetischen etc. Patienten. Wir bemühen uns sehr um niedrighschwellige Angebote, bis hin zu anonymer Beratungstätigkeit.
2. Ein weiterer Aspekt: Wir laufen dem Patienten nach, was ja auch bedeutet: wir machen uns Sorgen um dich (= du bist es wert, daß man sich um dich sorgt!)
3. Wir sind als Gehaltsempfänger finanziell unabhängig - auch vom Krankheitsgefühl unserer Patienten! Wir wandeln, als quasi Eltern, die Begegnungen mit unseren quasi Kindern nicht in klingende Münze um. Wir sind nicht darauf angewiesen, sie in Abhängigkeit von uns zu halten, um mit ihnen unseren Lebensunterhalt zu verdienen. (Bei dieser Klientel scheint mir der FREUD'sche Anspruch: Nur was ich bezahle, schätze ich, zumindest sehr anfechtbar.)
4. Auch fehlende Krankheits- oder Behandlungseinsicht ist für uns kein Abweisungsgrund. Wir können bei unserer Patientenschaft nicht mit einer ausgereiften Therapiemotivation rechnen. Wir haben den jeweiligen Grad ihrer „Abwehr“ zu respektieren und davon abgeleitet (= adaptiert) unser Vorgehen zu entscheiden (z. B. Beratung, Medikation, Psychotherapie, Angehörigenarbeit, soziale Hilfestellung etc.).

Ich will es mit dieser Aufzählung bewenden lassen und lediglich nur noch einmal unterstreichen, daß dieses Setting, dieser nährnde, schützende Rahmen, der sich vorrangig in der Haltung der Mitarbeiter wiederfinden muß, aus meiner Sicht für diese Patienten eine elementare und primäre Bedingung zur Herausbildung von Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz darstellt, auf die sich sehr behutsam und sozusagen individuell dosiert eine psychotherapeutische Einflußnahme i. e. S. aufpfropfen läßt. Auch darum bemühen wir uns seit vielen Jahren in Gestalt verschiedener Formen von Einzel- und Gruppentherapien im Rahmen eines abgestuften Spektrums therapeutischer Zielvorstellungen relativ erfolgreich. Eine Darstellung dieser Aspekte würde jedoch den Rahmen dieses Vertrages sprengen.

Zum Schluß möchte ich noch auf einige allgemein bekannte Mängel unseres Betreuungssystems hinweisen, die nach meiner Überzeugung mit dem überkontrollierenden, einengenden politischen System zusammenhängen, das eben auch unseren Handlungsspielraum erheblich beschränkte. Ich meine das Fehlen bzw. das völlig unzureichende Angebot an alternativen Lebens und Betreuungsformen, an Möglichkeiten der Selbstorganisation von Patienten und Angehörigen, von Aspekten basisdemokratischer Aktivitäten insgesamt sowie allen Formen von Selbsthilfebewegung.

Ich denke, gerade bei der Gestaltung dieser Erfordernisse im kommunalen Raum können wir aus der ehemaligen DDR durchaus von Ihnen aus der alten BRD lernen und manches übernehmen, das dazu beiträgt, möglichst wenige Menschen psychiatriebedürftig werden zu lassen.

Allerdings möchte ich hier nicht etwa einem antipsychiatrischen Extremismus das Wort reden, nach dem Motto, „wir brauchen nur die Gesellschaft zu verbessern, dann wird es keine psychisch Kranken mehr geben“, und eine radikale (Selbst-)Auflösung aller psychiatrischen Institutionen einschließlich der ambulanten Dienste fordern, wie es mancherorts proklamiert wird.

Ich meine, damit würden wir den hier und jetzt Kranken keinen besonders guten Dienst erweisen. Denn sie haben neben der Gewährung von Integrations-, Kommunikations- und Aktionsmöglichkeiten im gesellschaftlichen Raum selbstverständlich Anspruch auf eine an ihren Bedürfnissen orientierte, nach Möglichkeit ambulante professionelle Hilfe. Und wenn es in der ehemaligen DDR nicht in einem noch stärkeren Maße zu einem Mißbrauch der Psychiatrie kommen konnte, so hängt das wohl nicht zuletzt mit dem in vielen Kreisen und Gemeinden gut funktionierenden ambulanten Versorgungssystem zusammen, das a priori einer weitaus höheren öffentlichen Kontrolle zugänglich war, als das beispielsweise in Großkrankenhäusern jemals möglich gewesen wäre.

Ich habe das Gefühl, daß wir bei der Durchsetzung einer humanen gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker in beiden Teilen Deutschlands voneinander lernen können.

Die Aufgaben des niedergelassenen Nervenarztes in der Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Versorgungseinrichtungen

Michel Heinrich

Zu dieser Tagung sind zwei niedergelassene Ärzte eingeladen worden, über ihre Beiträge zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter einerseits und in der Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten andererseits zu sprechen. Fragen der Versorgung, der Kooperation und Koordination sind in der Psychiatrie nur schwer unabhängig voneinander darzustellen. Auch wenn es bei meinem Thema um die Beziehung und das Miteinander der Institutionen geht, möchte ich doch zuerst meine Vorerfahrungen nennen und den Rahmen schildern, in dem ich arbeite.

Wir sind im Programm beide als Nervenärzte angekündigt worden. Ich bin dies nicht ganz, denn ich bin kein Neurologe, habe andererseits aber die Ermächtigung zur „Großen Psychotherapie“. Eine meiner Aufgaben besteht darin, Menschen, die in die Praxis kommen, und Laien bzw. „Schlüsselpersonen der Gemeinde“ (FINZEN) bei Vortragsveranstaltungen über die Unterschiede dieser drei Fachgebiete aufzuklären, um falschen Erwartungen bzw. Enttäuschungen vorzubeugen. Da ich zu % meiner 60-Stunden-Woche Leistungen der Psychiatrie und der „Kleinen Psychotherapie“/Psychosomatik erbringe, werde ich bei der Quartalsabrechnung von der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Nervenärzten verglichen. 15 Stunden mache ich analytische Einzel- und Gruppentherapie. 5 Stunden widme ich der Beratung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes.

In Hannover hatte ich lange Ambulanzerfahrung bei Prof. Rose und von da aus erste Fühler in die Gemeinde ausgestreckt in Form der Supervision von Telefonseelsorgern, Konsil in einem Behindertenheim und Erfassung der Versorgungssituation von Suizidanten. In Ulm konnte ich als Kommissarischer Leiter der Psychiatrischen Ambulanz die Grenzen einer Psychiatrie ohne Bett ausloten. Bei der Einrichtung einer Telefonseelsorge zur Prävention, einer Bürgerhilfe mit Patientenclub zur Postvention, eines Psychosozialen Ausschusses für den Gemeinderat zur Koordination und einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zur Kooperation mußte ich erfahren, daß es auch bei viel Öffentlichkeitsarbeit 2 bis 3 Jahre dauert, bis aus einer Initiative eine funktionierende, bleibende Institution wird, aus der der Initiator sich auch wieder zurückziehen kann. Eine der Institutionen wurde einer wissenschaftliche Begleitforschung unterzogen (NOVAK). Eine Erweiterung des Projektes Gemeindepsychiatrie durch eine Tagesklinik wurde bisher leider nicht in Angriff genommen. In Stuttgart habe ich als ärztlicher Leiter eines Rehabilitationszentrums für psychisch Behinderte erfahren, was andere Berufsgruppen in die Psychiatrie miteinbringen und welche Kompetenz ihnen abverlangt

wird; als Mit-Geschäftsführer von Klinik, Übergangs- und Dauerwohnheim, im Aufbau von Wohngemeinschaften und Strukturfragen von Werkstätten mußte ich Probleme der Finanzierung komplementärer und spezieller rehabilitativer Dienste, den vielschichtigen Umgang mit den Kostenträgern: Krankenkassen, Sozialamt, Landessozialamt, Arbeitsamt und Rentenversicherung erlernen. Zugleich erlebte ich die Gefahren der Rollendiffusion. Ein solch großes Zentrum, das Patienten von weit her aufnimmt, kann bzgl. einer Wiedereingliederung in den freien Arbeitsmarkt nur wenig erreichen: 17,7% der Rehabilitanden nach einer wissenschaftlich differenzierten Katamnese (BÄCHT-HOLD), Integration in die Gemeinde war von dort aus kaum zu leisten. Nach meinen nun seit 1983 gemachten Praxiserfahrungen ist dies im Zusammenwirken mit dem für eine überschaubare Region zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst und kleinen Wohn- und Arbeits-Einheiten leichter praktikierbar. Patienten mit Psychosen machen in meiner Praxis bis zu 42% aus (bei DILLING/WEYERER und bei KATSCHNIG jeweils 29%).

Ambulante Psychiatrie in Stuttgart

In Baden-Württembergs Hauptstadt mit ihren ca. 560000 Einwohnern, von denen übrigens über 40% in 1-Personen-Haushalten leben, gibt es 6 Psychiater, 7 Neurologen und 28 Nervenärzte. Zusammen mit den ermächtigten Chefärzten und den 2 Kinderpsychiatern ergibt sich ein Verhältnis von 1 Nervenarzt für 13000 Einwohner. Es ist aber zu bedenken, daß das Einzugsgebiet weit über die Stadt selbst hinausgeht. In meine Praxis kommen ca. 20% der Patienten nicht aus Stuttgart, wobei die Praxisbesonderheit der langfristigen Betreuung transsexueller Menschen nicht ins Gewicht fällt.

In Stuttgart gibt es neben den genannten

43 Nervenärzten

238 Allgemeinärzte, von denen wohl 34% und

177 Internisten, von denen 15% der psychisch Kranken behandelt werden.

52 ärztliche (nicht nervenärztlich tätige) Psychotherapeuten, die am psychiatrischen Wochenend-Hintergrunddienst teilnehmen.

62 Psychologen in eigener Praxis einschl. Verhaltenstherapeuten

8 Sozialpsychiatrische Dienste mit 30 Mitarbeitern

6 Suchtberatungsstellen

4 Patientenclubs

3 sehr aktive Angehörigen-Selbsthilfegruppen

5 Psychotherapeutische Ausbildungsstätten

4 Ehe-, Familie- und Lebensberatungsstellen

2 Telefonseelsorgen

1 Kreis mit 50 Laienhelfern für Menschen in Lebenskrisen (AKL)

ca. 20 weitere Beratungsstellen mit unterschiedlichsten Aufgaben (Aids)

1 Selbsthilfezentrum, Gruppen für Alkoholiker, Epileptiker u. v. a. m.

An komplementären und stationären Einrichtungen für psychisch Kranke gibt es: 80 Plätze in therapeutischen Wohngemeinschaften

74 Plätze in einem Wohnheim
34 Plätze in einer Tagesklinik
254 Betten in der städt. Psychiatrischen Klinik (TÄSCHNER)
101 Betten einer psychiatr.-psychoth. Klinik
16 Betten für chron. psych. Kranke
15 Betten Kinderpsychiatrie
15 Betten Psychiatrische Privatklinik
13 Betten Psychosomatik
102 Betten (überregionale) Psychotherapeutische Klinik
180 Plätze Werkstatt für psychisch Kranke
2 Tagesstätten mit Beschäftigungsbörse

Kooperations-Daten

Niedergelassene Ärzte müssen nicht nur untereinander, sondern mit vielen Diensten, Ämtern, Kostenträgern, Gerichten etc. zusammenarbeiten. Feststellungen über die tatsächliche Größenordnung der Kooperation sind mir nur im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung und der anschließenden freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg bekannt geworden. Ich gebe zuerst die neuesten Zahlen aus Stuttgart wieder:

29 Sozialarbeiter, Pädagogen und Psychologen haben 1989 in 8 Regionen der Stadt insgesamt mit 2 635 Patienten Kontakt gehabt. Darunter sind 1 375 sog. Langzeitbetreute mit mehr als 5 Kontakten oder 47 Dauerbetreute pro Mitarbeiter; von diesen - zu 70,9% psychotischen - Patienten waren 705 oder 51,27% gleichzeitig in nervenärztlicher Behandlung. Von 755 neuen Langzeit-betreuten waren nur 73 = 9,6% von Nervenärzten dem SpD zugewiesen worden. Mehr kamen aus dem Psychiatrischen Krankenhaus (23,6%), von Nachbarn und Angehörigen (11,65%) und aus eigener Initiative (9,8%). Interessant ist auch, daß die Klinik-Nachbetreuung bei 77,34% bereits während des stationären Aufenthalts begann. Bei der o. g. Gesamtzahl der Patienten sind die von mir erstellten 35 Gutachten für das Sozialamt nicht mit einberechnet. Solche Gutachten wurden früher nur von den Kollegen des Gesundheitsamtes gemacht. Das Gesundheitsamt ist Träger von 3 Diensten, die Diakonie von 3 und der Caritas-Verband von 2 Diensten. In den Diensten des Gesundheitsamtes sind 3 Kolleginnen zu je $\frac{1}{3}$ angestellt; in den anderen Diensten sind 3 niedergelassene Nervenärzte und 2 Oberärzte beratend tätig. Sie sind auch im AK Psychiatrie, dem Koordinationsgremium der Dienste, vertreten.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste wurden in ihrer 5jährigen Modellphase vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, wissenschaftlich begleitet (RÖSSLER et al.). Ich habe im SPECTRUM bereits mitgeteilt, daß im Ergebnis dieser Untersuchungen des ZI den Nervenärzten doppelt so viel Patienten von den Diensten zur Behandlung zugewiesen wurden, wie sie selbst den Diensten zur Mitbetreuung zugewiesen hatten.

Inzwischen gibt es in Baden-Württemberg 65 solcher SpD's mit 180 Mitarbei-

tern. Die zunehmende Kooperationsbereitschaft der Nervenärzte wird daran deutlich, daß unter den beratenden Ärzten immer mehr niedergelassene Nervenärzte zu finden sind: 1988 waren es 53,8% gegenüber 26% Klinikärzten und 9,6% Ärzten im Team.

Aufgaben des Nervenarztes

Ob in seiner Praxis, als beratender Arzt im ambulanten Dienst oder als Konsiliararzt in einer stationären Einrichtung - vernehmliche Aufgabe des Arztes bleibt die Diagnostik, das empathische Wahrnehmen, Erkennen, Untersuchen und Objektivieren. Daraus wird er Rückschlüsse auf die Indikationsstellung zu Pharma-, Psycho- und Soziotherapie stellen, aber auch Schlußfolgerungen auf die Belastbarkeit, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Patienten, auf ihre Zugehörigkeit zu Personengruppen nach dem BSHG ziehen und entsprechende Bescheinigungen ausstellen, Briefe und Gutachten zu schreiben haben. Unter Beachtung von Motivation, Verlässlichkeit, Prognose und immer unter dem Gesichtspunkt der möglichen Wiederbemündigung des Patienten ist dann zu klären, wo die Behandlung durchgeführt wird, ggf. mit dem behandelnden Arzt, Psychologen oder Sozialarbeiter oder der Klinik unter Wahrung der Schweigepflicht Kontakt aufzunehmen. Gelegentlich sind auch Hausbesuche erforderlich. Bei der oft notwendigen Überzeugungsarbeit sind dem Arzt die sozialpädagogischen Mitarbeiter deshalb sehr hilfreich, weil sie das soziale Umfeld und die Ressourcen der Gemeinde genau kennen. Gerade dies ist für mich das Hauptargument für regionale ambulante Dienste, die von der Nervenarztpraxis und der Klinik unabhängig sind. Nach der Erfahrung mit einem Sozialarbeiter als Mitarbeiter meiner Praxis kann dieser jedenfalls in einer Großstadt die Gemeindenähe nicht herstellen.

Im Rahmen der Beratung des SpD hat es sich als günstig erwiesen, einmal in der Woche neben einer ausführlichen Fallbesprechung auch jeden einzelnen neuen Patientenkontakt anzusprechen, um Krankheitszeichen nicht zu übersehen und sich in interinstitutioneller Zusammenarbeit zu üben.

Zu den Aufgaben eines gemeindepsychiatrischen Nervenarztes gehört auch die Teilnahme an Koordinationsgremien, insbesondere dem (von MITZLAFF im Bundes-Modellprogramm zurecht vermißten) Psychosozialen Ausschuß, da dies das Instrument der verbindlichen Durchsetzung kooperativer Willensbildung ist. Schließlich hat der Nervenarzt Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, ggf. Fortbildung für Mitarbeiter ambulanter Dienste anzubieten oder selbst initiativ zu werden, wo Psychiatrie institutionalisiert, umstrukturiert und weiterentwickelt werden muß. Es gilt, die Weiterentwicklung der ambulanten und komplementären Psychiatrie nicht ganz den Nicht-Ärzten zu überlassen. Da der Nervenarzt dies nicht auf die Dauer ehrenamtlich leisten kann, bedarf es der besonderen Form einer Gemeindepsychiatrischen Praxis, wie sie von der Expertenkommission der Bundesregierung empfohlen wurde.

Kooperations-Konflikte

Die lineare Arzt-Patienten-Beziehung wird durch die vielfältigen Einrichtungen komplexer. Das deutet sich auch schon in den „Rodewischer Thesen“ von 1963 und 1983 mit der Forderung nach aktiver therapeutischer Einstellung zum Kranken und komplexer Therapie an. Es ist Aufgabe der Nervenärzte wie der Sozialpsychiatrischen Dienste, das Netz im Einzelfall wieder zu raffen und für den Patienten überschaubar zu machen bzw. auf den Punkt zu bringen. Die Zusammenarbeit ist nicht durch Willensbildung einfach da. Sie muß vielmehr durch „fallbezogenen Versorgungsstreit“ (MITZLAFF) eingeübt werden. Hier einige Konflikt-Beispiele:

- Ein Kollege beklagt sich über die geringe Zusammenarbeit des SpD mit ihm und erhält die Auskunft, die Schweigepflicht sei in der Diakonie strenger als bei Ärzten.
- Ein mir unbekannter Klinikarzt von weither ruft an, Herr Meier sei bei ihm gelandet. Ganz selbstverständlich geht er davon aus, daß ich weiß, um welchen Meier es sich handelt und daß ich ihm unaufgefordert erzähle, was ich von dem Patienten weiß. Der Kollege ist erbost über meinen Hinweis auf meine Schweigepflicht und auf die Einseitigkeit seiner Informationsforderung.
- Endlich konnte der SpD-Mitarbeiter den Patienten dazu bewegen, mit ihm den Nervenarzt aufzusuchen. Dort müssen beide über eine Stunde warten, worin der Mitarbeiter nicht seine Aufgabe sieht, und was den Patienten dazu bringt, ohne Arzt-Kontakt wieder zu gehen, so daß die Motivationsarbeit wieder von vorn beginnt.
- Eine Patientin hat sich vor ihren Menschheitsverfolgern in die Polizeistation geflüchtet. Sie ist nicht bereit, mit dem Polizisten in die Praxis zu kommen. Ich fahre hin, kann sie aber weder zur Klinikbehandlung noch zur Medikamenten-Einnahme bewegen. Sie ist weder selbst- noch fremdgefährdend, konnte also wieder nach Hause gehen und dort den Nachbarn weiter auf die Nerven gehen.
- Der beratende Arzt kommt für wenige Stunden aus dem innerbetrieblich nicht regionalisierten PLK in den SpD. Soll er seine Arbeit als Balint-Gruppe, Supervision oder Institutionsberater verstehen, da er die Patienten nicht kennt?
- Der SpD-Mitarbeiter kommt zum verabredeten Termin, um den Patienten in der Klinik kennenzulernen und abzuholen. Der war aber längst entlassen.
- Der ehemals psychotische, jetzt alkoholabhängige Süd-Patient erhält monatelang vom Nervenarzt gleichzeitig Distranneurin und verschiedene Tranquilizer. Der SpD wagt wegen der notwendigen Zusammenarbeit nicht kritisch nachzufragen. Der beratende Arzt fragt den Kollegen schriftlich, ob der Patient bei dieser Medikamenten-Abhängigkeit nicht besser in die Suchtberatung gehöre. Der Patient erhält prompt keine Suchtmittel mehr, suizidiert sich aber bald danach.
- Der für einen Laien gesund wirkende psychotische Patient sucht eine Wohngemeinschaft. Der Nervenarzt gibt ihm die Adresse des SpD. Der

Patient kommt nicht mehr in die Praxis. Der Arzt geht davon aus, daß der SpD ihn von Medikamentenbehandlung und Arztbesuch abgehalten habe. Tatsächlich ist der Patient inzwischen durch einen Internisten im Notdienst in die Klinik eingewiesen worden.

- Der Nervenarzt wird zur Vorbereitung einer Tagung eingeladen. Er bestellt für diesen Termin keine Patienten ein. Der Termin wird kurzfristig verschoben ohne Rücksprache. Wird der Arzt sich noch einmal in Öffentlichkeitsarbeit engagieren?
- Die langfristig geplante PSAG wartet vergeblich auf die Teilnahme der Nervenärzte. Sie stellt die Weichen der weiteren Entwicklung gegen die Interessen der Ärzte. Die Nervenärzte beklagen sich aber über die Ideologisierung der Psychiatrie durch Nicht-Ärzte.
- Der Patient erhofft sich eine ihm aus der Klinik gewohnte Gruppen- und Musiktherapie, die weder der Nervenarzt noch der SpD, aber der bei der KV nicht zugelassene Psychologe anbietet, den der Patient als Sozialhilfeempfänger nicht bezahlen kann.

Kooperationskultur

Bei gemeinsamer regionalisierter Psychiatrie-Arbeit ist die Transparenz und ein Zusammenkommen verschiedener Berufsgruppen und Institutionen, von „drinnen“ und „draußen“, leichter und effektiver möglich. Dies setzt eine Idee von Team-Arbeit (KISKER) voraus, die über die eigene Institution und Fachsprache hinausgeht. Interinstitutionelle Teamarbeit verlangt, sich der eigenen Grenzen bewußt zu sein, keine Angst vor Identitäts-Verlust zu haben, meine Kompetenz zur Verfügung zu stellen und die Kompetenz anderer - seien es Fachleute, Laien, Angehörige oder der Patient selbst - herauszufordern. Zusammenarbeit bedarf der Einübung durch „Versuch und Irrtum“, persönliches Kennenlernen, Ringen um eine gemeinsame Sicht- und Herangehensweise unter Beteiligung des Betroffenen selbst. Der Datenschutz wird dadurch gewährleistet, daß die Kooperation mit dem Patienten gemeinsam abläuft. So hat er auch weniger Angst, im Netz der Hilfen nur hilfloser oder abhängiger zu werden. Es ist mir wichtiger, daß die Patienten etwas über sich wissen, als daß jeder Arzt/Betreuer alles über die Patienten weiß. Die Leistungen der Anpassung, der Solidarität, der Abgrenzung, der Konfliktfähigkeit, der sozialen Kompetenz, die wir vom Patienten zu seinen Gunsten erwarten, sollten auch von uns Therapeuten erwartet werden dürfen. Zusammenarbeit entbindet mich nicht von meiner direkten Verantwortlichkeit und Entscheidungsbefugnis; sie entmachtet mich auch nicht. Sie fördert eher die Kreativität in meiner Arbeit. Ich erhoffe mir weniger Koordinationsingenieure als Kooperations-Künstler.

In der „historischen Abfolge der Interpretation des Verrückten (als dämonologisches, eschatologisches, irrationales, amoralisches und defizitäres Faktum)" . . . „hatte es einer mühsamen Arbeit der Geschichte bedurft, in welcher das Verhältnis von Gnade und Elend, dann von Wahrheit und Irrtum, später von Anstand und Verstoß, zuletzt von Besitz und Mangel oder Anpassung und

Nonkonformität in der jeweiligen Gesellschaftsordnung neu erfahren und bestimmt werden mußte" (KISKER 1970 S. 10). Unsere Zeit mit ihrer Vermehrung von Kommunikations- und Verkehrsmitteln verlangt eine neue Wahrnehmung von Distanz und Nähe, Grenzziehung und Kooperation. Diese Kultur wird auch ihre Interpretation des Verrückten finden.

Vergessen wir aber nicht, daß es in dieser Interpretations-Geschichte des Verrückten durch Totalitarismus, Vereinseitigung von Wissenschaft und durch Menschenverachtung eine schwere Krise gegeben hat. Ich hoffe, daß wir sie dahingehend als Chance zu nutzen gelernt haben, daß „Ethische Prinzipien und moralische Normen des psychiatrischen Handelns" (z. B. SPÄTE und THOM) in jeder Gesellschaftsform gegenseitiger Überprüfung standhalten; daß Irren wieder menschlich sein darf (DÖRNER) und daß sich die Wissenschaft nicht aus ihrem Spannungsverhältnis zwischen Objektivierbarkeit und Intersubjektivität des bis ins Verrückte Gestörtseins heraushält, wir uns vielmehr unserer Beteiligung an der Ausgestaltung auch der Psychosen gewiß bleiben.

Ergänzungen

„Daß das Abwegige lange vor dem Jag der Deutschen' aus dem Ganzen der menschlichen Vernunft und des menschlichen Herzens ausgeschlossen wurde und der Ermunterung selbst eines Organizisten wie GRIESINGER entgegen keine Heimstatt in der Totalität gültigen Menschseins erhielt, das verantworten gewiß nicht nur die Psychiater und Sozialtribunen, sondern dieses ganze an Utilität und Sukzess orientierte Zeitalter, das die eigenen Dunkelheiten zu überspringen liebt und von einem verkrüppelten Begriff menschlichen Leistens fasziniert wird" (KISKER 1970 S. 16).

Aus dieser vor 20 Jahren gegebenen Einschätzung lese ich eine Mahnung, die auch nach unserem, anderen „Tag der Deutschen" ihre Gültigkeit behält, sind doch Nützlichkeit und Erfolg wieder sehr gefragt. Wo die moralischen Normen beim Bruder außerachtgelassen wurden, hat die Öffentlichkeit bereits ausgemacht und ausgekostet. Mögen wir doch auch den Balken in unserem eigenen Auge erkennen.

Ein Dorn im Auge ist mir die Tatsache, daß sich die Nervenärzte zu wenig um die Weiterentwicklung der Psychiatrie bemühen und dies gerne ihren „weißen Raben" (ULLRICH, MIKUS und JACOBI) überließe; daß sich die Nervenärzte nicht an der Prognos-Untersuchung beteiligten, sondern einen Kliniker mit eigener „Nervenarztstudie" beauftragten, sich damit anfangs auch recht selbst-unkritisch darstellten; daß die demokratische Struktur des Berufsverbandes sich nicht weiterentwickelt und der BVDN sich nicht zu einer gemeinsamen Tagung mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE entschließen konnte. Entsprechend fielen die Nervenärzte auch aus der wiss. SpD-Begleitforschung des ZI heraus.

Herausgefallen in den blinden Fleck der Triestiner Psychiater sind auch dort die 20 niedergelassenen Nervenärzte.

Ich hatte die Ehre, für jenes Committee des Weltverbandes für Psychiatrie nominiert zu werden, in das Herr Meyer-Lindenberg dann zurecht und glücklicherweise gewählt wurde. Es wäre von mir als Gemeindepsychiater zuviel verlangt, einen solchen internationalen Posten auszufüllen und auszuführen. Ich sehe vor ort noch viele Aufgaben. Insbesondere fehlt es auch an wissenschaftlichen Untersuchungen nicht nur über die Tätigkeit und Kooperation von Nervenärzten, sondern auch Forschung durch niedergelassene Nervenärzte selbst. Wie wenn es nur in Kliniken Patienten und Erkenntnisse gäbe.

Literatur

- BÄCHTHOLD, Dorothea: Nachuntersuchung psychiatrischer Rehabilitanden. Stuttgart 1982 unveröff.
- DILLING/WEYERER: Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in 3 Kreisen Oberbayerns. Bundestags-Drucksache 7/4201. Hans Huber, Bonn, 1975
- FINZEN, A.: Psychiatrische Dienste und die Beeinflussung von Schlüsselpersonen in der Gemeinde. In; KISKER, K. P. et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Band 3. Springer, Berlin-Heidelberg, 1975
- KATSCHNIG, H.: Typen ambulanter Hilfen bei psychischen Krankheiten. In: BAUER/ROSE/AKTION PSYCHISCH KRANKE: Ambulante Dienste für psychisch Kranke. Rheinland, Köln, 1981
- KISKER, K. P.: Dialogik der Verrücktheit. Marinus Nijhoff, Den Haag, 1970
- KISKER, K. P.: Team-Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie. Psychiatr. Praxis 15 (1988) 149-154
- MITZLAFF, St.: Kooperation und Konflikte in der Reform psychiatrisch-psychosozialer Arbeit. Sozialpsychiatr. Informationen 18 (1988) Heft 3, 2-9
- RÖSSLER, W. et al.: Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1987
- SPÄTE/DEGENHARDT: Mitteilungen der G. f. Psych. u. Neur. d. DDR. Psychiat. Neurol. u. med. Psychol. 41 (1989), 114-117, H. 2
- SPÄTE/THOM: Ethische Prinzipien und moralische Normen des psychiatrischen Handelns in der sozialistischen Gesellschaft. Psychiat. Neurol. u. med. Psychol. 36 (1984) H. 7, 385-394
- TÄSCHNER, K.-L.: Zur Situation u. strukturellen Konzeption der psychiatr. Klinik des Bürgerhospitals der Stadt Stuttgart. Spektrum 6 (1989) 249-254
- BMfJFFG: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen u. psychoth./psychosom. Bereich, Bonn, 1988

- HEINRICH, M.: Psychiatrisches Standard-Versorgungsgebiet Alb-Donau-Kreis/Ulm. Spektrum 6 (1977) 75-82
Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift. Beilage 38, Der Med. Sachverständige, Stuttgart 1981
Suizidprophylaxe und Psychiatrische Praxis. Suizidprophylaxe 12 (1985) 123-134
Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt. In: LWV Baden (Hrsg.): Verbesserungen der außerstationären psychiatrischen Versorgung in Baden. Karlsruhe 1989
Grenzgänge zu einer neuen Kooperationskultur. In: FREYTAG, R. (Hrsg.); Grenzgänge zwischen Selbstzerstörung u. Selbstbewahrung. Olms, Hildesheim, 1990 Nervenarzt und Sozialpsychiatrischer Dienst. Spektrum 4 (1990) 167-172
- HEINRICH, M.; OBERT, K.: Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg. Spektrum 4 (1990) 186-194
- NOVAK, P.; ZIPP, W.: Professionalisierung u. Deprofessionalisierung in der psychosozialen Versorgung. SFB 129 - Projekt A 7, Universität Ulm

Der Aufbau einer integrierten regionalen „Vollversorgung“ in einer Großstadt und die Konzeption eines „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ nach den Vorstellungen der Expertenkommission

Peter Kruckenberg

Über den Kurs, den die Psychiatriereform in der Bundesrepublik nehmen sollte, gab es spätestens seit der Psychiatrieenquete einen breiten Konsens. Die 1975 gegebenen Empfehlungen wurden sowohl in der allgemeinen wie in der Fachöffentlichkeit und auch von der Bundesregierung mit großer Zustimmung aufgenommen. Kritik kam eigentlich nur von den Ärzteverbänden, die dem Konzept eines integrierten Versorgungssystems nur wenig Positives abgewinnen konnten und können.

Es war von Anfang an klar, daß die Reform wesentliche Veränderungen des Leistungsrechts erforderte. Diese wurden von der sozialliberalen Koalition aufgeschoben und sollten durch ein Bundesmodellprogramm erst noch legitimiert werden. Als die Ergebnisse vorlagen und der Bericht der Expertenkommission schon fertiggestellt war, verabschiedete die konservativ-liberale Regierung 1988 das Gesundheitsreformgesetz, das trotz gegenteiliger Voten des Bundesrats die Erfordernisse der Psychiatriereform unberücksichtigt ließ. So sollen - gemäß GRG - die besonderen Belange der Psychiatrie im Bereich ambulanter Pflege und Rehabilitation angemessen berücksichtigt werden mit der Maßgabe, daß „psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, weiterhin nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören“, eine Formulierung, deren verwirrende Widersprüchlichkeit durchaus in unser Fachgebiet fällt.

Wie kommt es, daß die Durchsetzung von für die Schwerpunktverlagerung der Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich unerläßlichen Leistungsgesetzen, wie etwa der Finanzierung von Institutsambulanzen bzw. Sozialpsychiatrischen Diensten in jeder Region, von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und von psychiatrischer Pflege, fast unmöglich erscheinen?

Sicherlich spielt der aus meiner Sicht unverantwortliche Widerstand der einflußreichen Ärzteverbände eine wesentliche Rolle, weniger wohl die finanziellen Auswirkungen.

Bei der Erarbeitung und Durchsetzung der neuen Verordnung zur Personalbemessung in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen durch den Bundesminister für Arbeit hat sich gezeigt, daß bei guter Vorarbeit und solider Begründung durch die Fachleute in einem strukturell nicht kontroversen Bereich durchaus erhebliche Mittel für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung gestellt werden.

Die mangelnde Durchschlagskraft der Psychiatrieenquete und des Expertenberichts scheint mir darüber hinaus zu einem Teil auf zwei grundsätzlichen konzeptionellen Schwachpunkten der Berichte zu beruhen. Durch den einen wird die Akzeptanz der Empfehlungen und die mögliche Findung eines Kompromisses mit den Ärzteverbänden behindert, durch den anderen die regionale Umsetzung.

Der erste Schwerpunkt betrifft die Differenzierung der Klientel im Hinblick auf die erforderlichen Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems. Die Psychiatrieenquete hat eine Differenzierung nach Zielgruppen - Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchterkrankungen, Psychotherapie und Psychosomatik, Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie - mit guter Begründung vorgeschlagen. Der Expertenbericht zum Bundesmodellprogramm hat sich auf die nach seiner Schätzung 500000 chronisch Kranken (in den alten Bundesländern) konzentriert und zur Verbesserung von deren Versorgung den gemeindepsychiatrischen Verbund gefordert.

Insbesondere für die niedergelassenen Nervenärzte mußte der Eindruck entstehen, als sollten sie aus der Versorgung der chronisch psychisch Kranken herausgedrängt werden, es sei denn, sie würden ihren Arbeitsbereich in eine sogenannte „gemeindepsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxis“ umstrukturieren, eine aus meiner Sicht nur für bestimmte Ausnahmesituationen praktikable Konstruktion.

Für die Behandlung und Betreuung eines psychisch kranken Bürgers müssen je nach dessen Krankheits- und sozialer Situation und seiner eigenen Willensbildung unterschiedlich strukturierte Hilfesysteme bereitstehen (Abb. 1):

Es gibt psychisch Kranke, die professionelle psychiatrische Hilfen nicht in Anspruch nehmen, weil sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert hat, oder weil sie dies nicht wünschen und keine Gründe für eine dennoch nachgehende Betreuung vorliegen. Im Falle sozialer oder sonstiger gesundheitlicher Probleme können sie natürlich die entsprechenden Dienste aufsuchen wie andere Bürger auch. Nicht selten dürften diese Dienste ebenso wie nicht professionelle Hilfen zu ihrer seelischen Stabilisierung beitragen. Die Psychiatrieenquete hat diesen Bereich als „Vorfeld“ psychiatrischer Hilfen bezeichnet.

Für einen seelisch destabilisierten oder rückfallgefährdeten Bürger, der willens und in der Lage ist, sich fachliche Hilfen zu holen, sollte es in erreichbarer Nähe psychiatrische (einschließlich psychotherapeutischer) Dienste mit einem für ihn überschaubaren Hilfsangebot geben, aus denen er, in Beratung durch die Hilfeleistenden, sich die ihm passende Unterstützung auswählen kann. Wichtig ist neben der freien Arzt- oder Einrichtungswahl der begrenzte, sich aus dem Behandlungsvertrag ergebende Auftrag des Arztes und die im Regelfall gegebene personale Kontinuität der therapeutischen Beziehung. Wenn der Klient es wünscht, kann seine Behandlung auch für sein Umfeld weitgehend anonym bleiben.

Situation des seelisch Kranken	stabilisiert (evtl. soziale oder sonstige gesundheitl. Probleme)	destabilisiert oder rückfallgefährdet, kann Hilfen aufsuchen und ggf. verknüpfen	desintegriert, nicht fähig, Hilfen aufzusuchen und zu verknüpfen
Struktur des benötigten psychiatrischen Hilfesystems	(evtl. soziale oder somatisch-medizinische Dienste	psychiatrische (einschließl. psychotherapeut.) Dienste mit abgegrenztem, einrichtungsspezif. Angebot an mögliche Nutzer)	aufsuchendes, auffangendes, klientenzentriert verknüpftes psychiatrisches Hilfesystem
	(„Vorfeld“)	„angebotsorientierte Dienste“	„gemeindeintegriertes Verbundsystem

Abb. 1

Ich nenne das dazugehörige Hilfesystem die „angebotsorientierten Dienste“, die nur insoweit ein System sind, als sie in genügender Anzahl in erreichbarer Nähe der Klienten vorhanden sein sollten.

Die typische Einrichtung hierfür ist die Praxis des niedergelassenen Psychiaters, Nervenarztes oder Psychotherapeuten, aber auch die psychotherapeutische oder psychosomatische Klinik kann dazu rechnen.

Als Klientel kommen natürlich alle Diagnosegruppen in Frage, auch chronisch Kranke, wenn sie dort ausreichend betreut werden können. Selbstverständlich kann der niedergelassene Psychiater auch patientenbezogene Kontakte zu anderen Diensten und Einrichtungen aufnehmen - für viele Patienten ist diese Form der Koordination der Betreuung ausreichend. Die Abgrenzung der angebotsorientierten psychiatrischen Dienste zur Grauzone sonstiger psychotherapeutischer Angebote ergibt sich durch die Berufsordnungen und die kostenrechtlichen Bestimmungen. Die einzelleistungsbezogene Vergütung ermöglicht eine ökonomische Praxisorganisation allerdings mit Problemen hinsichtlich Transparenz und Qualitätskontrolle.

Die Einzel- oder Gruppenpraxis ist die geeignete Behandlungseinrichtung für den größten Teil seelisch kranker Bürger. Wenn man epidemiologische Unter-

suchungen mit einer Bedarfsschätzung von ca. 10-12,5% psychiatrisch Behandlungsbedürftigen ernst nimmt, dann dürfte es in diesem Bereich noch erhebliche Zuwachsraten geben, denn bisher werden weniger als 3% durch niedergelassene Nervenärzte psychiatrisch oder neurologisch versorgt. Ob die Angebote immer in privater Trägerschaft sein müssen, oder ob nicht psychotherapeutische Beratungsstellen mit Behandlungsbefugnis in freige-meinnütziger Trägerschaft auch zugelassen sein sollten, und wie eine Steuerung der Behandlungsangebote im Sinne der Priorität für die schwerer Erkrankten erreichbar ist, soll hier dahingestellt bleiben.

Ein kleiner Teil der seelisch Kranken ist akut oder chronisch seelisch und meist auch sozial so dösintegriert, daß der Einzelne nicht mehr fähig ist, angemessene Hilfen aufzusuchen oder verschiedene für ihn erforderliche Hilfsangebote sinnvoll zu verknüpfen. Diese Patienten nicht wartezimmerfähig zu nennen, ist diskriminierend und daher unangebracht. Diesen Kranken muß möglichst vorübergehend ein Teil der Verantwortung für sich selbst abgenommen werden, in besonderen Fällen sogar entgegen ihrer Willensäußerungen. Erforderlich ist ein Hilfesystem, das sowohl aufsuchende Krisenintervention rund um die Uhr als auch langdauernde nachgehende kontinuierliche Begleitung, teilstationäre und vollstationäre Unterbringung und Behandlung ermöglicht, jeweils unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und in Ergänzung durch Hilfen und Trainingsangebote im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Entsprechend den Unterstützungsbedürfnissen ist multiprofessionelle Teamarbeit und institutionsübergreifende klientenzentrierte Integration der Angebote gleichzeitig und kontinuierlich erforderlich. Das Ziel ist auf der einen Seite, jeden Klienten rechtzeitig in Behandlung zu bringen und nicht vorzeitig aus der Behandlung zu verlieren, andererseits keinem Klienten zuviel Verantwortung abzunehmen und jeden sobald wie möglich in selbständigere Lebens- und Behandlungsformen zu entlassen.

Die verschiedenen hierfür erforderlichen Dienste und Einrichtungen müssen auf kommunaler Ebene kooperieren und koordiniert werden. Ein solches „gemeindeintegriertes Verbundsystem“ hat große Ähnlichkeiten mit dem „gemeindepsychiatrischen Verbund“ für die chronisch Kranken der Expertenkommission mit dem Unterschied, daß es entsprechend der o. g. Zielgruppendefinition nur für einen Teil der chronisch Kranken, aber auch für einen Teil der Akutkranken zuständig ist und daß der Krankenhausbereich voll integriert ist.

Nachdem die Psychiatrieenquete das psychiatrische Krankenhaus zu sehr in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt hat, hat die Expertenkommission es beinahe ausgegrenzt; aus meiner Sicht ein bedeutsamer Fehler des Berichts. Die Intention ist verständlich: Da in der Praxis psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen oft zu sehr auf sich selbst zentriert sind und den Ausbau im ambulanten und komplementären Bereich tendenziell verzögern, sollte mit dem gemeindepsychiatrischen Verbund ein Gegengewicht zum Krankenhaus geschaffen werden. Dabei wurde übersehen, daß die Reform ohne eine nahtlose Verknüpfung von ambulantem und stationärem Bereich überhaupt

nicht möglich ist. Das gilt für alle Teilaspekte, sowohl für die Kontinuität der Behandlung der Schwer- und chronisch Kranken, die Vorbereitung von Langzeithospitalisierten auf die Entlassung in beschützte Lebensräume, die schrittweise Überstellung von Personal und Umschichtung von Mitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Damit die hier bezeichnete desintegrierte Patientengruppe akut und langfristig angemessen betreut werden kann, muß der aufsuchend ambulante sozialpsychiatrische Dienst gleichzeitig die Institutsambulanz der zugehörigen psychiatrischen Klinik sein und diese sozusagen die Belegklinik des ambulanten Dienstes, entsprechend einer „equipe unique“, wie sie etwa Ciompi oder die französischen Psychiater beschreiben. Fachlich, personell und strukturell muß der Integrationsgrad des Verbundsystems in der Gemeinde ausreichend sein, um den desintegrativen Prozessen im Leben und im Umfeld der schwergestörten Patienten - Verwahrlosung, Destruktivität, extremer Rückzug, Spaltungsübertragungen u. a. - begegnen zu können.

Das „Vorfeld“ psychiatrischer Dienste, die „angebotsorientierten Dienste“ und das „gemeindeintegrierte Verbundsystem“ ergänzen einander in jeder Region und sind aufeinander bezogen. Jeder Bereich hat seine besonderen unverzichtbaren Aufgaben und Kompetenzen. Die gelegentlich anzutreffenden wechselseitigen Entwertungen (z. B. „Psychiatisierung“, „Sozialisierung“, „Fünfminutenpsychiatrie“) sind überzogen und letztlich unverantwortlich. Die Grenzen zwischen den drei Systemen müssen überlappen hinsichtlich der Wahrnehmung von Aufgaben und Zuordnung der Klienten und durchlässig sein hinsichtlich der gemeinsamen Betreuung von Klienten und der Bewegung von Klienten von einem System in das andere.

Die Widerstände gegen die Institutionalisierung des gemeindezentrierten Verbundsystems können außer durch wechselseitigen Respekt vor allem dadurch aufgehoben werden, daß die Zahl der zu betreuenden Patienten auf niedrigem Niveau definitiv begrenzt wird, was schon im Sinne der Funktionalität sinnvoll und notwendig ist.

So sollte die Zahl der jährlich im gemeindeintegrierten Verbundsystem Betreuten bei höchstens 1-1,5% der Bevölkerung liegen. Von diesen sollte höchstens ein Drittel langfristig im System behandelt werden, z. T. in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychiatern. Für diese würden sich mit Sicherheit keine Bedarfsminderungen ergeben, da die Dienste des Verbundsystems ihnen mindestens ebenso viele bisher unversorgte Patienten zuführen, wie sie zur Behandlung übernehmen.

Der zweite wesentliche Schwachpunkt des Expertenberichts liegt m. E. darin, daß die Empfehlungen den Prozeßcharakter der Psychiatriereform zu wenig beachten.

Trotz des unzureichenden Leistungsrechts gibt es vielfältige Möglichkeiten, auf regionaler Ebene die Reform im Sinne der Psychiatrieenquete und des Expertenberichts voranzutreiben. Dies wurde nicht nur in den 14 Modellregio-

nen, sondern in vielen anderen Bereichen der alten Bundesrepublik gezeigt wobei allerdings die eher rückständigen Entwicklungen flächen- und zahlenmäßig die fortgeschrittenen bei weitem überwiegen.

In den fortgeschrittenen Regionen ist der Prozeß meist von einigen Keimzellen ausgegangen, Veränderungsbemühungen auf der Mitarbeiter- oder auf der Leitungsebene von Versorgungsdiensten oder auch bei Angehörigen, bei den Leistungsträgern oder im politischen Bereich, die sich gegenseitig befruchtet und verstärkt haben, während andernorts erhebliche Anstrengungen isoliert blieben und im Sande verlaufen sind.

Der Prozeß kommunaler Psychiatriereform kann nur greifen, wenn Fortschritte auf verschiedenen Entwicklungslinien einander ergänzen.

Mindestens 12 solcher Entwicklungslinien sind zu beachten (Abb. 2):

1. Das Verständnis von Krankheit wandelt sich von einem biologistischen zu einem systemischen, d. h. zu einem Verständnis, das seelisches Kranksein als Überlastungsreaktion, aber auch als Lösungsversuch in Lebenskrisen ansieht, das die Wechselbeziehung zwischen Seelischem und Biologischem, zwischen dem Einzelnen und seinem sozialen Umfeld - im biographischen und historischen Kontext - in ein Gesamtkonzept einbezieht und dadurch komplexere Möglichkeiten allgemeiner und spezieller Hilfen erschließt. Die Hilfeleistungen erfolgen aus einer selbstkritischen, die Einzigartigkeit des Kranken achtenden und fördernden Grundhaltung, verbunden mit der Bereitschaft, ihn auf dem Weg der Bewältigung seiner Konflikte zu begleiten.
2. Die Notwendigkeit eines integrierten Behandlungskonzeptes für jeden einzelnen Patienten, das somato-, psycho- und soziotherapeutische Arbeitsformen umfaßt und in berufsgruppen-, manchmal auch institutionsübergreifender Zusammenarbeit entwickelt wird, ist um so mehr gegeben, je schwerer und langdauernder die seelische Erkrankung und die soziale Begleitproblematik ist. Um so mehr ist auch die möglichst personale, zumindest konzeptuelle Kontinuität der Behandlung und Betreuung und die gemeinsame Verantwortung für den Patienten von Bedeutung.
3. In jedem Team und in jeder Institution sind Aufgaben *und* Verantwortungsbereiche und die Kommunikationswege verbindlich so festzulegen, daß für die einzelnen Mitarbeiter (oder Teams) ein möglichst großer eigenverantwortlich auszufüllender Handlungsraum gegeben ist, ohne daß dabei eine Überforderung durch zu große Komplexität und Unübersichtlichkeit des Arbeitsfeldes eintritt bzw. die Prioritäten der Verantwortungsbereiche vernachlässigt werden.
- 4 Die erforderlichen Hilfssysteme sind gemeindebezogen zu regionalisieren, in die Kommune zu integrieren, nach Zielgruppen - Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtmittelabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, geistige Behinderung u.a. - und nach Funktionsbereichen

Entwicklungslinien der kommunalen Psychiatriereform

1. Systemisch/ökologisches **Krankheitsverständnis** und therapeutische Grundhaltung
2. Berufsübergreifendes, Umfeldbezogenes, funktional gegliedertes, kontinuierlich angepaßtes **integriertes Behandlungskonzept** für jeden Patienten
3. Eindeutig definierte, klar abgegrenzte, die Eigenverantwortlichkeit stärkende **Verantwortungsbereiche und Kommunikationswege in den Institutionen**
4. Gemeindebezogen regionalisierte, normalisierte, differenzierte, umfassende, zielgruppenorientierte, nach Prioritäten gewichtete **Behandlungs- und Betreuungsangebote**
5. Abstimmung und **vertragliche Festlegung** der institutionellen **Verantwortungsbereiche** (Versorgungsverpflichtung) der **Kooperations- und Koordinationsregeln**
6. Umschichtung, Erweiterung, Absicherung der finanziellen Mittel und gemeindebezogene Abstimmung der Finanzierungssysteme – **kommunales Psychriatriebudget**
7. Politische Diskussion der Reform und Steuerung durch richtungsweisende **Rahmenentscheidungen**
8. Förderung von Toleranz gegenüber und Solidarität mit seelisch Kranken durch vielschichtige **Öffentlichkeitsarbeit**
9. Aufbau einer wirksamen **Betroffenenvertretung**
10. Fachliche und persönliche **Qualifizierung** aller therapeutisch und administrativ Tätigen
11. Ausbau von **Mitbestimmung und Mitverantwortung** für die Beschäftigten
12. Versorgungsbezogene **Evaluationsforschung**

Abb. 2

- Behandlung, Arbeit, Wohnen, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und Sicherung materieller Rechte - zu differenzieren und angemessen auszustatten. Die Priorität der Hilfen für chronisch und Schwerkranke muß gesichert werden.

- 5 jeder Dienst und jede Einrichtung muß durch klare Definition der Aufgaben und Verantwortungsbereiche in die Verpflichtung zur Versorgung so einbezogen werden, daß das Abschieben schwieriger und unbequemer

Patienten unmöglich wird. Verbindliche Kooperationsstrukturen sollen die einzelfallbezogene Abstimmung der Hilfsangebote, vertraglich geregelte Koordinationsstrukturen, die bedarfsgerechte Umgestaltung und Weiterentwicklung der Hilfsangebote gewährleisten.

6. Trotz des weiterhin unzureichenden und teilweise kontraproduktiven Leistungsrechts ist die Umschichtung stationärer Mittel in den ambulanten Bereich und die Erweiterung der Finanzierungsmöglichkeiten in Teilschritten erreichbar. Die Leistungsträger sollen gemeindebezogen in die Steuerung der Finanzierung der kommunalen Versorgung im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft einbezogen werden, damit die Prioritäten der Versorgung und die Kostennutzenrelation verbessert werden und schrittweise ein kommunales Psychriatriebudget erstellt werden kann,
7. Die Psychriatriereform ist ein kommunalpolitisch bedeutsames Thema, zu dem für die Anhörungen und Diskussionen in der Gemeindevertretung nicht nur Fachleute, sondern auch Angehörigen- und Betroffenenvertreter, Besuchskommission, Medienberichte und Evaluationsforschung beitragen. Für die Vorbereitung von orientierungsgebenden Rahmenentscheidungen (z. B. Psychriatrieplan) und die Feinsteuerung von Teilprozessen beschäftigt die Kommune kompetente Fachleute (Koordinator) und bedient sich eines Beratungsgremiums (Beirat), in dem fachliche Qualifikation und Interessen pluralistisch vertreten sind.
8. Verständnis für seelisches Kranksein und damit Toleranz und Solidarität kann durch vielschichtige Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden. Dazu gehören sowohl Gespräche mit Nachbarn und Arbeitgebern wie Informationsveranstaltungen in Schulen, Volkshochschulen, Universitäten, Kirchen, Gewerkschaften, Tage der offenen Tür, Kontaktpflege zu Journalisten mit dem Ziel einer aktuellen, lebendigen und fairen Berichterstattung.
9. Der Aufbau einer wirksamen Betroffenenvertretung muß über Patientenräte, Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen und deren Beteiligung in Beratungsgremien hinausgehen. Anzustreben ist die Institutionalisierung eines unabhängigen und einflußreichen Patientenbeauftragten.
10. Fachliche und persönliche Qualifizierung aller im therapeutischen Bereich und in der Administration Tätigen durch Verbesserung von Ausbildung, Fort- und Weiterbildung im Sinne der Reformziele. Hierbei sind neue Formen der Fort- und berufsbegleitenden Weiterbildung etwa durch Einrichtungen von Stabsstellen für Fortbildung in den Institutionen, durch Supervision, Hospitation und institutionsübergreifende Fortbildungsmaßnahmen einzusetzen.
11. Mitbestimmung *und* Mitverantwortung für die Beschäftigten sind zu stärken durch Einführung von Personal- oder Betriebsräten in allen Einrichtungen, aber auch durch projektbezogene Arbeitsgruppen.

12. In Zusammenarbeit mit Universitäten und Fachhochschulen soll der Reformprozeß durch eine auf die Qualität und die Struktur der Versorgung bezogene Evaluationsforschung begleitet werden.

Es ist unmittelbar ersichtlich, daß die Entwicklungen auf den verschiedenen Linien z. T. in lockerer, z. T. in enger Kopplung voneinander verlaufen. Grundlegende Fortschritte sind jedoch nur dann möglich, wenn die Einzelprozesse immer wieder aufeinander bezogen sind. So nutzt es erfahrungsgemäß wenig, wenn neue Einrichtungen aufgebaut werden, ohne daß diese in die regionale Versorgungsstruktur verbindlich integriert werden oder ohne daß aufgabengemäße Arbeitskonzepte entwickelt und die Mitarbeiter dafür qualifiziert werden. Vorbildliche neue Projekte können in Gefahr geraten, wenn es nicht gelingt, sie in eine Regelfinanzierung überzuführen.

Unsachgemäße oder mangelnde Berichterstattung in den Medien ebenso wie fehlendes Engagement von Fachleuten in den politischen Gremien kann die Politiker dazu veranlassen, die Psychiatriereform in der Prioritätenliste hintanzustellen u. a.

Regelmäßig fortgeschriebene Analysen und Handlungskonzepte sind im Prozeß der kommunalen Psychiatriereform für jede der aufgezeichneten Entwicklungslinien erforderlich. Dem Expertenbericht ist hierzu kaum etwas zu entnehmen. So kommt es, daß gutwillige Kommunalpolitiker oder Geschäftsführer von Leistungsträgern oder Einrichtungsträgern oder auch Leitungen und Mitarbeiter von Diensten Einzelinitiativen starten und damit scheitern. Auch dort, wo beim Gesundheitsreferat ein Koordinator eingestellt wurde - wohl der konstruktivste Vorschlag des Berichtes -, zeigt sich oft Hilflosigkeit.

Wer auch immer die kommunale Psychiatriereform will, muß zunächst ein Netz informeller Kontakte mit ähnlich Gesinnten in verschiedenen Institutionen und Bereichen herstellen und dann mit diesen gemeinsam formalisierte Strukturen initiieren, die, wenn sich eine bestimmte regionale Kultur des Denkens und Handelns entwickelt hat, immer weniger von einzelnen aktiven Personen abhängig werden.

In Bremen waren um 1980 die Voraussetzungen hierfür besonders gut, es gab eine Vielfalt unverbundener Reformaktivitäten, vor allem im Krankenhaus und vom Krankenhaus ausgehend, im Sinne einer Öffnung und Differenzierung der meisten Stationen, der Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, von Clubs, Wohngemeinschaften und einer kleinen Beratungsstelle - aus Pflegesatzmitteln an der Grenze zur Legalität. Aber auch die sozialen Dienste und einzelne Träger der freien Wohlfahrtspflege hatten Initiativen zur ambulanten und komplementären Betreuung Schwer und chronisch Kranker entwickelt. Für den Gesundheitssenator Brückner hatte die Psychiatriereform hohe Priorität. Er wurde unterstützt vom Sozialsenator Scherf, wobei zwischen beiden Ressorts eine traditionelle Rivalität um die Führung bei der Reform bestand.

Um 1980 bot sich dann mit dem Bundesmodellprogramm die Chance, nicht nur wichtige finanzielle Mittel in das damals gerade in eine schwere Finanz-

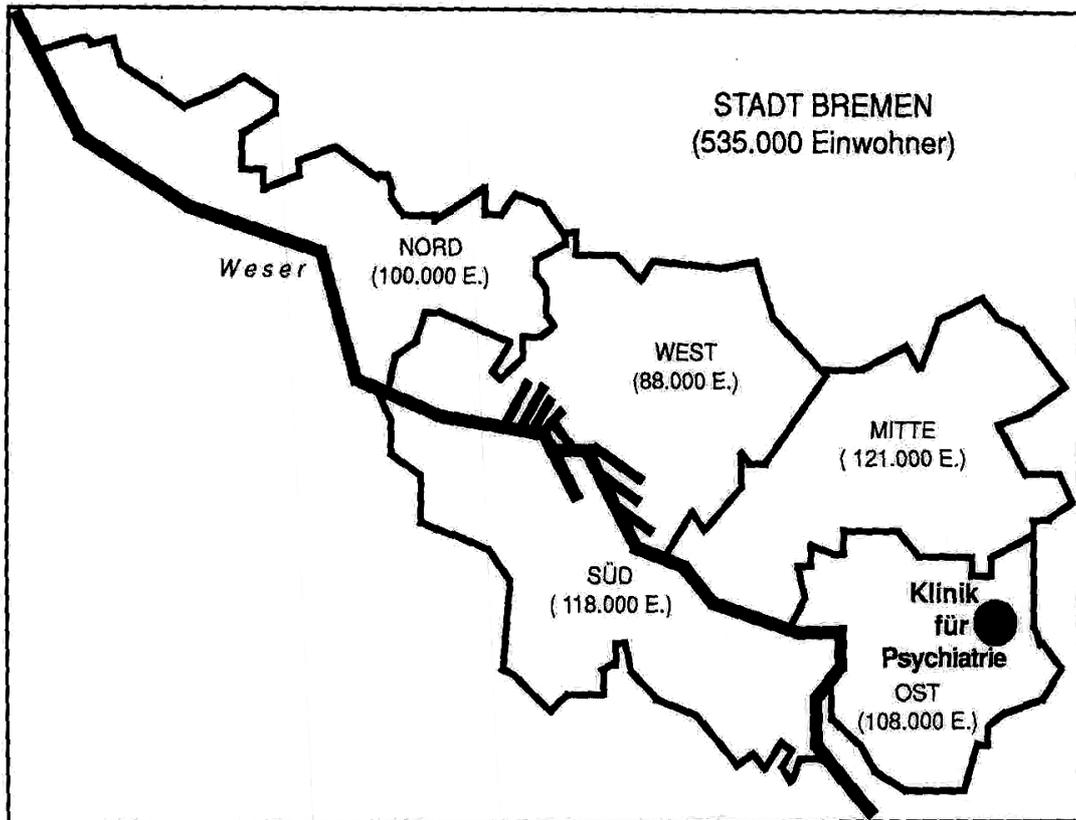


Abb. 3

Klinik für Psychiatrie am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost		
Abteilungen		
I	II	III
Allgemeine und Gerontopsychiatrie 216 Betten/Plätze für Bremen-Mitte/Nord/West	Allgemeine und Gerontopsychiatrie 188 Betten/Plätze für Bremen-Ost/Süd	Sucht- und Suchtfolgeerkrankungen 237 Betten/Plätze
IV	V	VI
Forensik 48 Betten	Institut für Psychotherapie und Psychosomatik 18 Betten	Kinder- und Jugendpsychiatrie 45 Betten

Abb. 4

krise hineingerutschte Bremen zu holen, sondern auch ein zusammenhängendes Reformkonzept für die Bremer Psychiatrie zu entwickeln. Der vom Psychiatriereferenten und Leiter der Klinik für Psychiatrie entwickelte Modellantrag wurde zum Bremer Psychiatrieplan aufgewertet und enthielt erstmals strukturelle Vorgaben in Richtung auf ein regionales Verbundsystem.

Über den Entwicklungsprozeß in den folgenden 10 Jahren, der u.a. die Auflösung eines ausgelagerten Langzeitbereiches des Krankenhauses von 300 Betten, die Klinik Blankenburg, umfaßte, ist an anderer Stelle berichtet worden. Es wurde versucht, die verschiedenen Entwicklungslinien aufeinander zu beziehen und eine neue Versorgungsstruktur zu schaffen.

Der gegenwärtige Stand der Entwicklung soll hier zusammenfassend und stark vereinfachend dargestellt werden.

Die Klinik für Psychiatrie am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost hat praktisch die Funktion eines Landeskrankenhauses mit fast vollständiger Versorgung der Bremer Bevölkerung von 535000 Einwohnern (Abb. 3). Sie liegt dezentral am südöstlichen Stadtrand in einem Neubaugebiet. Durch Zusammenfassung mehrerer Ortsamtsbereiche wurde das Stadtgebiet von den sozialen Diensten und daran anschließend von den psychiatrischen Diensten in 5 Stadtbezirke gleicher Größe aufgegliedert, Bremen-Nord, -West, -Mitte, -Süd, -Ost.

Die Klinik für Psychiatrie gliedert sich heute in 6 Abteilungen (Abb. 4), die Abteilungen I und II mit dem Aufgabenbereich Allgemeine und Gerontopsychiatrie versorgen sektorisiert 3 bzw. 2 Stadtbezirke, die übrigen Abteilungen sind für die gesamte Stadt bzw. das Land Bremen (Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie) zuständig. Der Anteil der Belegung aus dem niedersächsischen Umland beträgt etwa 15%.

Die Abteilungen I und II haben jeweils einen Kompromiß zwischen weitergehender Regionalisierung und Differenzierung gefunden. Die gemischten all-gemeinpsychiatrischen Aufnahmestationen sind sektorisiert, d. h. je einem Stadtbezirk zugeordnet, die übrigen Stationen - Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik und Rehabilitationsstationen, gerontopsychiatrische Aufnahme-stationen und Rehabilitationsstation bzw. Tagesklinik - sind für 3 bzw. 2 Stadtbezirke zuständig (Abb. 5).

Ohne eine regionale Zuordnung (bzw. mit Zuständigkeit für die gesamte Stadtgemeinde) arbeiten der mobile Rund-um-die-Uhr-Notdienst des Sozial-psychiatrischen Dienstes, eine größere Werkstatt für psychisch Kranke, der Psychosoziale Dienst und die niedergelassenen Nervenärzte sowie die Selbst-hilfefirmen und die anderen geschützte Arbeitsplätze anbietenden Betriebe.

Die regionale Zuordnung der allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestationen war 1980 der Startschuß zu einer Subsektorisierung auf Stadtbezirksebene (Abb. 6).

Im Zuge des Modellprogramms entstanden die Beratungsstellen des Sozial-psychiatrischen Dienstes mit je 10 Mitarbeitern, von denen ca. 6 für die

Bausteine der überregionalen Versorgung

Allgemeine Psychiatrie

(Stadtgemeinde 540 000 Einwohnerinnen und Einwohner)

	Mitte/Nord/West	Ost/Süd
Tagesklinik	22 Plätze	26 Plätze
Nachtklinikplätze	2 Plätze	8 Plätze
Rehabilitationsstationen	67 Betten	33 Betten

Stadtgemeinde Bremen

Mobiler Notdienst des SpD	ca. 2 000 Klienten/Jahr
Werkstatt	120 Plätze
Geschützte Arbeitsplätze und Selbsthilfefirmen	ca. 30 Plätze
Psychosozialer Dienst	2 Mitarbeiter
Niedergelassene Nervenärzte	46

Abb. 5

Bausteine der regionalen Versorgung

Allgemeine Psychiatrie

(Durchschnittswerte je Stadtbezirk,
ca. 110 000 Einwohnerinnen und Einwohner)

Aufnahmestation	26 Betten (300 Aufnahmen/Jahr)
Beratungsstelle des Sozial- psychiatrischen Dienstes (SpD)	6 Mitarbeiter (540 Klienten/Jahr)
Übergangs-Dauerwohnheim	23 Plätze
Betreutes Wohnen (Gruppen/Einzeln)	50 Plätze
Werkstatt (dezentral)	28 Plätze
Zuverdiensttätigkeit	40 Plätze
Tagesstätte/Kontaktstelle	70 Plätze

Abb. 6

allgemeinpsychiatrische Klientel verantwortlich sind. Darüber hinaus gibt es eine durchaus ansehnliche Anzahl von Plätzen in den verschiedenen anderen Funktionen und Bausteinen.

Die gerontopsychiatrische Versorgung hat eine etwa analoge Struktur mit der Besonderheit, daß der stationäre Bereich nicht subsektoriert ist, daß es keine Werkstattplätze, aber auch nur in einem Stadtbezirk Tagespflegeplätze und nur wenige Plätze für Betreutes Wohnen gibt.

Die Suchtkrankenversorgung ist nur auf der Ebene des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die Alkohol- und Medikamentenabhängigen regionalisiert. Der Klinikbereich ist differenziert im Bereich der Akutaufnahme nach Alkohol-/Medikamentenabhängigen und Drogenabhängigen, er umfaßt verschiedene Stationen zur Rehabilitation und zur Schwerstkrankenbehandlung, eine Tagesklinik, eine Borderline-Psychotherapiestation, 15 Plätze (rentenversicherungsfinanzierte) Entwöhnungsbehandlung. Übergreifend gibt es für Alkohol- und Medikamentenabhängige 2 weitere Beratungsstellen, 2 Übergangwohnheime, 1 Dauerwohnheim und mehrere Wohngemeinschaften für trockene Alkoholiker, mehrere Wohnheime für Nichtseßhafte bzw. Obdachlose, meist alkoholranke Menschen in besonderen Lebenslagen, betriebliche Suchtkrankenhilfe in 16 Großbetrieben sowie über 120 Selbsthilfegruppen.

Für die Drogenabhängigen gibt es ein eigenes therapeutisches und soziales Netz auf der Ebene der Stadtgemeinde, das durch die Beratungsstelle am Sozialpsychiatrischen Dienst, die Station in der Klinik und ein Koordinationsgremium mit den Diensten für die übrigen Zielgruppen zusammenhängt.

Die Versorgung der geistig Behinderten ist ebenfalls sektoriert auf Stadtbezirksebene. Dabei werden auch Schwerst- und Mehrfachbehinderte in kleinen Wohneinrichtungen mit angrenzender Tagesstätte, die in normalen Wohnvierteln liegen, betreut.

Innerhalb einer Dekade sind in beträchtlichem Umfang neue Angebote im ambulanten und komplementären Bereich für alle Zielgruppen entstanden: Über 300 Plätze in Heimen und über 450 in Wohngemeinschaften, 270 neue Werkstattplätze zentral und dezentral, etwa 30 geschützte Arbeitsplätze und fast 400 Plätze in Tagesstätten, ambulanter Arbeitstherapie und Zuverdiensttätigkeit. Für diese Aufgaben wurden etwa 370 neue Stellen für Betreuungspersonal geschaffen.

Die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel entstammen im wesentlichen einer Umschichtung von Sozialhilfemitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich, nachdem zuvor die Personalbemessung für den stationären Bereich verbessert worden war. Insgesamt ist von 1980 auf 1989 die Belegung mit sogenannten Pflegefällen im Krankenhaus um 418 auf 76 zurückgegangen. In den nächsten 4 Jahren wird sie auf ca. 14 reduziert werden, verbunden mit einer weiteren Umverteilung von ca. 3 Millionen DM pro Jahr in den ambulanten und komplementären Bereich.

Außerdem gibt es seit 1981 einen Verlegungsstopp für psychisch Kranke in

Kooperationsstrukturen

1. Klientenbezogene Kooperation
2. Regelmäßige Fallkonferenzen
3. Rotationsstellen, Hospitationen, Sektorarzt
4. Kooperationsverträge
(Klinik – SpD – Träger der Wohneinrichtung)

Abb. 7

Alten- und Pflegeheime im Bremer Umland, so daß auch dort die Fehlbelegung zurückgegangen ist.

Der Ausbau der ambulanten und komplementären Dienste wurde konsequent mit dem Aufbau von Kooperations- und Koordinationsstrukturen im Sinne des integrierten gemeindepsychiatrischen Verbundsystems für die Schwer- und chronisch Kranken verknüpft (Abb. 7).

Klientenbezogen finden zwischen den Mitarbeitern verschiedener Dienste nach Bedarf und unter der Wahrung von Schweigepflicht und Datenschutz Fallbesprechungen statt. Bei diesen sollte der Sozialpsychiatrische Dienst im Sinne des casemanagement eine Leitfunktion haben, die er leider noch nicht regelmäßig wahrnimmt. Bis auf seltene Ausnahmen ist die Kooperation zwischen den ambulanten, stationären und komplementären Diensten in unterschiedlicher, öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft unproblematisch. Ein wichtiger Grund dafür ist, daß sich die Kollegen vor Ort durch die häufigen Arbeitskontakte in einer überschaubaren Region mit nur wenigen unterschiedlichen Trägern und durch die regelmäßigen Arbeitsbesprechungen in Kooperations- und Koordinationsgremien meist persönlich kennen.

Die Tatsache, daß Begutachtungen des Betreuungsbedarfs in Wohngemeinschaften und im Einzel- und Paarwohnen nur durch den Sozialpsychiatrischen Dienst oder die Klinik erfolgen, hat die Kooperationsbeziehungen nur am Anfang belastet, im weiteren Verlauf eher verbindlicher gemacht. Regelmäßige wöchentliche bis dreiwöchentliche Arbeitsbesprechungen gibt es zwischen der regionalen Aufnahmestation und der entsprechenden Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes, im Wechsel „drinnen“ und „draußen“. Hier wird die Behandlungskonzeption während und nach der stationären Behandlung abgestimmt - etwa jeder dritte bis vierte Patient der Station wird gleichzeitig vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut.

Je eine Arztstelle und Krankenpflegestelle in jeder Beratungsstelle ist Rotationsstelle, auf der Klinikmitarbeiter für 1 -2 Jahre tätig sein können. Zwischen dem Klinikpersonal und den Mitarbeitern in Heimen und für Wohngemein-

schatten wird wiederholt ein Austausch durch wechselseitige Hospitation durchgeführt.

Der Sozialpsychiatrische Dienst war bisher ein gemeinsamer Dienst des Gesundheitsamtes, der Klinik für Psychiatrie und des Amtes für soziale Dienste mit einem Leitungsgremium aus allen 3 Bereichen. In Zukunft soll diese Verknüpfung stärker auf die Arbeitsebene verlagert werden: Jede Sozialpsychiatrische Beratungsstelle soll einen ärztlichen Leiter erhalten, der als sogenannter „Sektorarzt“ mit der anderen Hälfte seiner Stelle gleichzeitig Oberarzt der zugehörigen Aufnahmestation in der Klinik sein wird. Wir erwarten von dieser Strukturveränderung eine weitere Verbesserung der Kontinuität der Behandlung für die Klienten, die dies benötigen.

Die Klinik hat keine Institutsambulanz, da sie durch Integration in ein Allgemeinkrankenhaus 1977 den formalen Status eines Psychiatrischen Krankenhauses verloren hat.

Aus diesem Grunde ist die strukturell vernünftigste Lösung, den Sozialpsychiatrischen Dienst als dezentrale Institutsambulanz des Krankenhauses zu organisieren, bisher nicht möglich.

Zwischen allen Trägern von Wohneinrichtungen, der regional zuständigen Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Klinik für Psychiatrie bestehen Kooperationsverträge, in denen die jeweiligen Zuständigkeiten und das Vorgehen im Konfliktfall festgeschrieben sind. Die Verträge ermöglichen über die Abstimmung der Wartelisten einen Einfluß der Klinik und des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf die Belegung der Heime und Wohngemeinschaften und haben dazu geführt, daß Kündigungen von Heim- und WG-Plätzen im Zusammenhang mit Klinikeinweisungen praktisch nicht mehr vorkommen. Die Bereitschaft aller Träger zur Unterzeichnung von Kooperationsverträgen wurde zum einen durch Überzeugungsarbeit, zum anderen durch die Bindung von Kapazitätsausweitungen an die Unterzeichnung von Kooperationsverträgen erreicht. Die damit verbundene Intensivierung der Zusammenarbeit mit den regionalen Kooperationspartnern hat auch bei den freien Trägern zu einer Identifizierung mit „ihrem“ Stadtteil geführt und die Entstehung von Koordinationsstrukturen (Abb. 8) begünstigt. Die Koordinationsstrukturen sind im Zusammenhang mit der Auflösung der Klinik Blankenburg entstanden. Dieser äußerst komplexe Prozeß förderte eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen beiden senatorischen Behörden, der Klinik und dem Sozialpsychiatrischen Dienst auf der einen und den Trägern, die neue Verbundsysteme für geistig Behinderte in 3 Regionen aufbauten, auf der anderen Seite. Die damals entstandene institutions- und trägerübergreifende Arbeitsgruppe wurde zur sogenannten Zentralen Arbeitsgruppe (ZAG) erweitert, in der mit je einem Vertreter die Klinik für Psychiatrie, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Werkstatt Bremen, das Amt für soziale Dienste - sämtlich in öffentlicher Trägerschaft - sowie sämtliche in der psychiatrischen Versorgung und der Versorgung geistig Behinderter aktiven Träger der freien Wohlfahrtspflege und die beiden Angehörigenvereinigungen vertreten sind

(Abb. 9). Geschäftsführung und Moderation der Zentralen Arbeitsgruppe haben im jährlichen Wechsel die zuständigen Referenten der Senatoren für Gesundheit bzw. für Jugend und Soziales. Die kommunale Funktion dieser Referenten und ihrer Mitarbeiter ist weitgehend mit der des Koordinators im Sinne des Expertenberichtes identisch, die Zentrale Arbeitsgruppe mit ihren Untergruppen für Sucht, Drogen, Arbeit und Beschäftigung sowie Geronto-psychiatrie entspricht weitgehend dem dort beschriebenen Beirat.

Bisher sind von den Leistungsträgern lediglich die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger, von den Leistungsanbietern die niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten nicht regelmäßig einbezogen. Eine erste gemeinsame Arbeitsgruppe mit den Leistungsträgern hat gerade die Planung für eine dezentrale Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) abgeschlossen.

In der jetzt schon fast dreijährigen Praxis der ZAG ging es im wesentlichen um Empfehlungen an den Senat und an Leistungsträger bezüglich Bedarfseinschätzungen, um neue Finanzierungen und Verbesserung der Verwaltungsabläufe und um die fachliche Erörterung anstehender oder gefallener politischer Entscheidungen.

Durch die ZAG sind die Qualität und die Transparenz der Entscheidungen beider politischer Ressorts und deren Abstimmung untereinander ebenso verbessert worden wie die gemeindepsychiatrische Orientierung der in der Arbeitsgruppe vertretenen Dienste und Einrichtungen. In einzelnen Stadtbezirken wurden regionale Unterkonferenzen der Zentralen Arbeitsgruppe eingerichtet, ebenfalls mit empfehlendem Charakter. In diesen sogenannten Regionalkonferenzen sind die regional zuständigen Mitarbeiter der Klinik, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Werkstatt Bremen und des Amtes für Soziale Dienste (sämtlich öffentlicher Dienst) ebenso vertreten wie die in der Regel 1-3 Träger der freien Wohlfahrtspflege. Eingeladen und informiert werden die senatorischen Behörden sowie die zuständigen Ortsamtsleiter als Kommunalpolitiker.

In der Regionalkonferenz werden Bedarfslagen und Planungen vorabgestimmt und Empfehlungen an Träger und Leistungsträger verabschiedet, bei übergreifenden Themen Empfehlungen an die Zentrale Arbeitsgruppe. Es gibt je eine Regionalkonferenz für die Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter. Letztere dient auch zur Überprüfung der Einhaltung von Verträgen mit Versorgungsverpflichtung, die 1987 erstmals von Trägern der freien Wohlfahrtspflege im Zusammenhang mit dem Auflösungsprozeß der Klinik Blankenburg unterzeichnet wurden.

In diesen Verträgen haben sich die Träger verpflichtet, jeden, auch den geistig schwerst- und mehrfachbehinderten Bürger ihres Stadtbezirks aufzunehmen und bei Kapazitätsmangel ihrer Einrichtungen in Abstimmung mit den zuständigen Behörden und Leistungsträgern zu erweitern. Die Verträge wurden bisher konsequent eingehalten. Inzwischen ist der Vertragstext auch mit den übrigen Trägern der freien Wohlfahrtspflege im Bereich der Psychiatrie in der

Koordinationsstrukturen

A. Stadtgemeinde

1. Zentrale Arbeitsgruppe (ZAG)
mit Untergruppen
 - Sucht (Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit)
 - Drogen
 - Arbeit und Beschäftigung
 - Gerontopsychiatrie
2. Referenten der Senatoren für Gesundheit (SfG) und für Jugend und Soziales (SJS)
 - Psychiatrie
 - Psychosoziale Rehabilitation (SJS)

B. Stadtbezirk

1. Regionalkonferenzen für
 - Psychisch kranke Bürger
 - Geistig behinderte Bürger
2. Verträge zur Versorgungsverpflichtung

Abb. 8

ZAG überarbeitet worden, so daß im kommenden Jahr aller Voraussicht nach sämtliche Träger in derartige Verträge eingebunden sein werden.

Die hier aufgeführten Strukturen zeigen, daß die Entwicklung in Bremen auf dem Wege zu einem gemeindeintegrierten Verbundsystem für die desintegrierten akut und chronisch Kranken weit fortgeschritten ist. Es handelt sich *nicht* um einen gemeindepsychiatrischen Verbund im Sinne des Expertenberichts, der ja vertraglich eine gemeinsame Finanzierung und Leitung unter Einbeziehung eines Arztes vorsieht. Ich bin nicht sicher, ob der Verbund in der beschriebenen Form generell durchsetzbar, aber auch ob er wünschenswert ist und ob nicht das von uns gegenwärtig praktizierte Modell einen vernünftigen Kompromiß zwischen wünschenswerter Vielfalt individueller Initiativen und notwendiger Bündelung und Verknüpfung darstellt.

Manche Bremer Kollegen, aber auch Außenstehende, betrachten die gewachsenen Kooperations- und Koordinationsstrukturen mit Mißtrauen und dem Verdacht der Überorganisation und sehen die Gefahr, daß das gemeindepsychiatrische System den Patienten wie eine Krake festhalten würde. Dies entspricht nicht der Realität. Immer noch werden die chronisch Kranken am

Zusammensetzung der Zentralen Arbeitsgruppe

- Geschäftsführung: Referenten von SfG und SJS
- öffentlicher Dienst: Klinik für Psychiatrie
Sozialpsychiatrischer Dienst
Werkstatt Bremen
Amt für soziale Dienste
- Träger der freien Wohlfahrtspflege,
die Einrichtungen der Versorgung psychisch kranker und geistig
behinderter Bürger betreiben
- Angehörigenvertreter

(in Untergruppen: auch Arbeitsamt und Hauptfürsorgestelle)

Abb. 9

ehesten auf den Langzeitstationen des Krankenhauses oder im überforderten Heim festgehalten, immer noch ist dort das Netz um den Patienten am engsten. Immer noch fallen auch in Bremen zu viele Akut- und Langzeitkranke zu tief oder ganz aus dem Netz heraus, weil die zugehenden und auffangenden Funktionen nicht gut genug arbeiten. Selbstverständlich ist, gerade bei der Langzeitbetreuung oder bei Schutzmaßnahmen, das Prinzip der geringstmöglichen, gerade noch ausreichenden Intervention zu beachten. Dies aber ist eine fachliche Frage. Strukturell sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß das nach fachlicher Entscheidung erforderliche integrierte Behandlungskonzept auch durchgeführt werden kann.

Besucher beneiden uns manchmal wegen unserer relativ differenzierten Angebotsstrukturen und Personalausstattung in verschiedenen Bereichen. Dabei wird leicht übersehen, daß ein Großteil der Mittel durch Abbau von Langzeitbereichen im Krankenhaus erwirtschaftet wurde, durchaus im Gegensatz zu anderen Regionen in der Bundesrepublik, in denen der Ausbau ambulanter und komplementärer Dienste ohne vergleichbaren Bettenabbau im Krankenhaus (und im Heimbereich) geschah.

Sehr berechtigt ist die Frage, ob die Strukturverbesserungen auch „beim Patienten ankommen“, in der Tat erscheint es manchmal so, daß die Entwicklung bezüglich der Veränderung von Krankheitsverständnis, therapeutischer Grundhaltung und fachlicher Qualifikation bei vielen Beschäftigten sich langsamer ändert als die Arbeitsbedingungen, insbesondere wenn diese von den

Trägern zur Verfügung gestellt und nicht selbst erkämpft wurden. Die fachlichen Anforderungen einer gemeindeintegrierten Psychiatrie sind für alle Bereiche, auch für den stationären, wesentlich höher als etwa die, die früher in Kliniken und psychohygienischen Beratungsstellen gestellt wurden. Berufsbegleitende Zusatzausbildungen, spezielle projektorientierte Lehr- und Trainingsprogramme, Supervision, Hospitation u. a. erreichen bisher noch einen zu kleinen Teil der Mitarbeiterinnen.

Aber auch im strukturellen Bereich gibt es noch gravierende Defizite: Unsere „externen Altlasten“ sind die in den 60er und 70er Jahren ganz überwiegend in Einrichtungen außerhalb Bremens verlegten geistig und seelisch behinderten Bremer Bürger - z. T. bis in den süddeutschen Raum, bei den geistig Behinderten noch bis in die letzten Jahre. Hier sind Planungen zur Rückholung von Klienten, die noch einen regionalen Bezug haben, erst in den Anfängen. Das Angebot an geschützten, auf die Leistungsfähigkeit der Kranken und Behinderten ausgerichteten Arbeitsplätzen ist noch ganz unzureichend.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat nicht zuletzt wegen einer ungenügenden Leitungsstruktur die ihm zugewiesene Koordinationsfunktion in den Stadtbezirken bisher nicht wie erwünscht wahrgenommen. Wenn der Prozeß der Eingliederung von schwerkranken Langzeitpatienten fortgesetzt, vor allem aber wenn die ständig gewachsene Zahl der Aufnahmen akut Kranker vermindert werden soll, muß der Sozialpsychiatrische Dienst über die o. a. Strukturveränderungen hinaus personell verstärkt werden und bedarf der Zulassung zur Behandlung als externe Institutsambulanz.

Die Massierung der stationären Versorgung am südöstlichen Rand der Stadt mit Entfernungen bis zu 35 km und Anfahrtswegen von gut einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln für ca. die Hälfte der Patienten ist unzeitgemäß. Eine konsequente Dezentralisierung auch der stationären Versorgung durch Verlagerung von stationären Kapazitäten als Abteilungen an die anderen Zentralkrankenhäuser ist notwendig und gegenwärtig in der Diskussion, wird aber politisch nur schwer durchsetzbar sein, da sie mit zusätzlichen Investitionskosten, vermutlich auch mit höheren Pflegesätzen verbunden ist.

Hierfür ebenso wie für den Ausbau der medizinischen Rehabilitation für psychisch Kranke ist die Einbeziehung der Krankenkassen in die regionale Planung unerlässlich, die in Bremen sehr schwierig und erst am Anfang ist.

Es ist abzusehen, daß die Weiterentwicklung der Reform in diesem und in anderen Bereichen nicht von allein geschieht.

Ähnlich wie in der Therapie des einzelnen Patienten ist ein Reifungsfortschritt des psychiatrischen Versorgungssystems nur möglich, wenn sich die im System Tätigen persönlich einbringen und im Integrationsprozeß „Verknüpfungsarbeit“ (Kruckenberg 1990) leisten.

„Verknüpfungsarbeit“ ist, situationsspezifisch in jeweils unterschiedlichen Anteilen, „Übersetzungsarbeit“ und „Konfliktarbeit“. Übersetzungsarbeit ist

erforderlich, wenn es darum geht, die verschiedenen Denk- und Empfindungsmuster der Beteiligten zu verstehen und wechselseitig so verständlich zu machen, daß gemeinsame Problemlösungen erleichtert werden. Man denke nur an die unterschiedlichen Vorstellungswelten verschiedener Berufsgruppen, vom ambulanten und stationären Bereich, von Verwaltern, Kostenträgern und Therapeuten, oder gar Angehörigen und Patienten.

Zwischen den Beteiligten gibt es aber auch unterschiedliche Motivationen und Interessenlagen, bewußte und unbewußte, die in einem Auseinandersetzungsprozeß entschieden werden müssen. Wenn diese Auseinandersetzungen zu einem gerechten Ausgleich führen sollen, ist Konfliktarbeit unter persönlichem Einsatz im Konfliktfeld erforderlich. Der Reformprozeß hat eine Chance, wenn sich in einer Region genügend Menschen im Feld und im Umfeld der Psychiatrie finden, die über Berufsgruppen-, Hierarchie-, Status-, Parteien- usw. -grenzen hinaus Verknüpfungsarbeit leisten.

Natürlich ist das mit einem Aufwand über die tägliche Arbeit hinaus verbunden. „Wer die Perestroika will, muß zunächst mehr arbeiten“, sagt einer, der weiß wovon er spricht und dessen Anstrengungen wesentlich dazu beigetragen haben, daß diese Tagung im Ostteil Berlins hier heute stattfinden kann. Der Berliner sagt's kürzer: „Von nischt is' nischt“.

Finanzierungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung

Karl-Dieter Voß

0. Vorbemerkung

Das Thema befaßt sich mit Finanzierungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung. Viel leichter wäre mir das Thema der Finanzierung der stationären Versorgung gefallen: Bedarf nämlich ein Versicherter aus medizinischen Gründen einer vollstationären oder teilstationären Versorgung, finanziert die Krankenkasse den Aufenthalt als Krankenhausbehandlung (abgesehen von einer geringen Selbstbeteiligung) voll. Ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, Leistungen der Medizintechnik, nicht an den Arzt gebundene Therapieleistungen und sogar sogenannte sozialtherapeutische und sozialarbeiterische bzw. sozialfürsorgerische Leistungen (Sozialdienste) werden mit einem an den Selbstkosten orientierten Pflegesatz bezahlt. Und dies geschieht zeitlich unbegrenzt, es sei denn, daß es sich bei dem Patienten ausnahmsweise um einen Pflegefall handelt. In der Psychiatrie ist der Pflegefall allerdings und leider nicht so sehr die Ausnahme. Bis zu 50% der stationären Aufenthalte namentlich in psychiatrischen Krankenhäusern sind davon betroffen. Mit der Feststellung des Pflegefalles stellt die Krankenversicherung ihre Leistungen i. R. des stationären Aufenthaltes ein.

Auch die Gesundheitsreform von 1989 mit der erweiterten rehabilitativen Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu vermindern, hat bisher noch nicht zu einer Trendwende geführt.

Der Pflegefall ist allerdings ein vorwiegend ärztlich-medizinisches und nicht allein administratives Problem. Es hängt entscheidend von der Beurteilung der behandelnden Ärzte und darüber hinaus der ärztlichen Gutachter ab, ob erfolgversprechende Therapieansätze mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses angenommen werden oder nicht.

Damit will ich den Exkurs auf den stationären Bereich beenden und mich dem eigentlichen Thema - der Leistungspflicht bei ambulanten Maßnahmen - zuwenden. Wir werden allerdings sehen, daß es mit den Finanzierungsmöglichkeiten stationärer Maßnahmen - ob man es will oder nicht - stark korrespondiert. Denn gerade psychisch Kranke können häufig nicht geheilt oder weitgehend gebessert entlassen werden. Zumindest chronisch Kranke bzw. von einer Chronifizierung bedrohte psychisch Kranke benötigen auch in der nachstationären Versorgung vielfältige Therapie-, Trainings- und Betreuungsangebote, um die erzielten Behandlungserfolge zu sichern oder eine Rehabilitation zu ermöglichen. Auch wenn es häufig Angebote sind, die an die Klinikleistungen anknüpfen und die im Krankenhaus als Komplexleistungen

von der Krankenversicherung finanziert worden sind, können sich bei ambulanter Leistungserbringung paradoxerweise Probleme ergeben. Ambulante Maßnahmen werden getrennt auf Leistungsmöglichkeiten der GKV hin geprüft und nur dann finanziert, wenn sie medizinischer Natur sind. Andere Maßnahmen, auch wenn sie wegen der besonderen Bedarfslage psychisch Kranker notwendig sind, lösen prinzipiell keine Leistungsansprüche gegen die Krankenversicherung aus. Infolge Fehlens oder mangelnder Finanzierung strukturierter Komplexleistungen im ambulanten Bereich kann die aus medizinischen, humanitären und ökonomischen Gründen gebotene frühestmögliche Krankenhausentlassung gefährdet sein.

Allerdings ist die Gruppe der psychisch Kranken, die in der nachstationären Phase umfassender Hilfen bedarf, relativ klein. Für die große Zahl psychisch Kranker sind die zugrundeliegenden und mehr medizinisch orientierten Therapiekonzepte Gegenstand einer unproblematischen Regelfinanzierung durch die Krankenversicherung. Auf diese will ich zunächst eingehen, dann Fragen der Rehabilitation ansprechen, aber auch Problembereiche der Finanzierung nicht ausklammern.

1. Kurativ-medizinische Versorgung

Ärztliche Behandlung

Die ärztliche Behandlung stellt quasi die Basisleistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Sie ist in § 28 SGB V geregelt und umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.

Die Versicherten haben Anspruch auf freie Arztwahl unter den zugelassenen und freiberuflich tätigen Kassenärzten. Für die kassenärztliche Versorgung stehen im ehemaligen Bundesgebiet über 75000 Kassenärzte, davon über 3000 Psychiater als Gebietsärzte, zur Verfügung. Damit ist insgesamt eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung psychisch Kranker gewährleistet. Allerdings ist die Verteilung unterschiedlich. Regionen mit einem Überangebot stehen z. T. (ländliche) Bereiche mit „ausgedünnter“ Versorgung gegenüber, ohne daß diese Situation durch die kassenärztliche Bedarfsplanung (besser: Angebotsplanung) beseitigt werden konnte.

Die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlte Gesamtvergütung wird unter den beteiligten Ärzten nach Einzelleistungen verteilt.

Auf dem Gebiet der bisherigen DDR nehmen auch die ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien etc.) an der kassenärztlichen Versorgung teil (§311 Abs. 2 SGB V).

Arzneimittel

Psychopharmaka sind aus der ambulanten Therapie nicht wegzudenken.

Arzneimittel werden vom Arzt bei Therapiefreiheit verordnet, in Apotheken abgegeben und von der Krankenversicherung finanziert. Bei Arzneimitteln, für die ein sogenannter Festbetrag festgesetzt worden ist, entfällt sogar die sonst übliche Zuzahlung. In der bisherigen DDR entfällt die Zuzahlung bis zum 30. 6. 1991 völlig, bis zum 30. 6. 1992¹⁾ beträgt sie DM 1,50 je Mittel und danach 15% der Kosten des Arzneimittels. Härtefälle werden befreit.

Allgemeine Grundsätze für die Verordnung von Arzneimitteln sind in Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (Arzneimittel-Richtlinien) geregelt.

Psychotherapie

Diese Therapie ist unter Qualitätsgesichtspunkten in Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i. d. F. vom 4. 5.1990 geregelt. Zur Durchführung sind nur Ärzte mit einer entsprechenden abgeschlossenen Weiterbildung berechtigt. Daneben können im Rahmen eines sogenannten Delegationsverfahrens auch Diplom-Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychagogen) beteiligt werden. Die Verantwortung für die Durchführung der Psychotherapie liegt dann allerdings beim delegierenden Arzt.

Anerkannte Behandlungsformen im Rahmen der Richtlinien sind im wesentlichen die

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie sowie
- Maßnahmen i. R. der psychosomatischen Grundversorgung.

Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen.

Verfahren, die nicht zugelassen sind oder Psychotherapie, die durch nicht berechtigte Therapeuten erbracht wird, oder Maßnahmen bei Störungen ohne Krankheitswert lösen keine Leistungsansprüche gegen die Krankenversicherung aus.

Die Psychotherapie muß gesondert beantragt und von der Krankenkasse bewilligt werden.

Für die ehemalige DDR bedürfen wir für den Bereich der Psychotherapie wegen anderer Angebotsstrukturen und zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten einer Übergangsregelung.

Heilmittel

Hierunter werden seit der Gesundheitsreform sogenannte therapeutische

¹⁾ durch das 2. Gesetz zur Änderung von SGB V vom 5. 12. 1991 verlängert bis 30. 6. 1993

Dienstleistungen verstanden. Wesentlich für psychisch Kranke dürfte dabei die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) sein.

Im Rahmen des mit der Gesundheitsreform eingefügten Grundsatzes, bei der Krankenbehandlung zu Lasten der Krankenversicherung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, hat der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen am 14. August 1990 auf Initiative der Krankenversicherung Richtlinien zur Verordnung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie bei psychischen Funktionseinschränkungen verabschiedet. Sie sind inzwischen in Kraft getreten und sehen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie u. a. vor zur Verbesserung

- der psychischen Grundleistungsfunktionen
- von auf psychischem und medikamentös-toxischem Wege eingeschränkten körperlichen Funktionen
- von Motivation und Kommunikation
- kognitiver Funktionen
- entwicklungspsychologisch wichtiger Funktionen (Autonomie, Bindungsfähigkeit)
- der zur Erhaltung der Selbständigkeit erforderlichen Funktionen (lebenspraktisches Training, Orientierungs- und Wahrnehmungsübungen etc.)

Ambulante Ergotherapie muß vom Arzt verordnet werden und wird i. d. R. von freiberuflich tätigen, niedergelassenen Ergotherapeuten erbracht. Sie kann aber auch - was gerade bei psychisch Kranken wichtig ist - von Einrichtungen im Wege einer Bündelung verschiedener Maßnahmen angeboten und von der GKV finanziert werden. Dazu sind entsprechende Verträge erforderlich. Allerdings gibt es auch für diese Therapie eine Zuzahlung. Sie beträgt 10% der Kosten bei Befreiung in Härtefällen. In der bisherigen DDR fällt bis zum 30. 6. 1991 keine und bis zum 30. 6. 1992 eine Zuzahlung von 5% an.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie dürften nach § 42 SGB V von der GKV nur nachrangig finanziert werden. Andere Leistungsträger (z. B. die Rentenversicherung) wären vorrangig verpflichtet. Im Interesse einer zügigen und nahtlosen Therapie hat die Krankenversicherung in den Richtlinien auf eine entsprechende Zuständigkeitsprüfung verzichtet. Ambulante Maßnahmen werden generell zu Lasten der GKV erbracht.

Institutsambulanzen

Wesentliche Aufgaben der Institutsambulanzen sind die Nachsorge, Rehabilitation, Verhütung von Rückfällen und stationären Aufhalten sowie die konsiliarische Beratung bei Einrichtungen, die psychisch Kranke/Behinderte versorgen.

Psychiatrische Institutsambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern sind zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten durch den Zulassungsausschuß der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermächtigen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebiets-

ärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen können im Rahmen eines bestehenden Bedarfs ermächtigt werden.

Durch psychiatrische Institutsambulanzen sollen insbesondere diejenigen Versicherten versorgt werden, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung auf diese Art der Versorgung angewiesen sind. Die Kassen haben dabei nicht nur die ärztliche Behandlung, sondern auch die sonstigen therapeutischen Dienstleistungen zu finanzieren.

Zum unstreitigen Leistungsspektrum, das auch finanzierungsfähig ist, gehören u. a. die

Psychotherapie
Beschäftigungstherapie
Belastungserprobung und
Arbeitstherapie.

Weitergehende therapeutische oder betreuerische Ansätze (z. B. Musiktherapie, Gruppengymnastik, Partner-/Familientherapie, Hilfen bei der Wiedererlangung sozialer Kompetenz, Hilfen zur Tagesstrukturierung, Betreuung von Angehörigen-/Selbsthilfegruppen, Vermittlung an sonstige Einrichtungen usw.) werden nicht ohne weiteres als von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierungsfähige Maßnahmen angesehen, weil es sich - bei enger Auslegung - nicht um medizinische Maßnahmen handelt.

Die Leistungen der Institutsambulanzen werden i. d. R. pauschal finanziert.

Institutsambulanzen dürften von Funktion, Struktur und Arbeitsweise her am ehesten mit Fachambulanzen und Polikliniken in der bisherigen DDR zu vergleichen sein.

Häusliche Krankenpflege

Es handelt sich um häusliche Krankenpflegeleistungen durch Krankenpflegefachkräfte neben der ärztlichen Behandlung. Soweit sie anstelle einer sonst notwendigen Krankenhausbehandlung in Betracht kommt, finanziert die Krankenkasse alle notwendigen Verrichtungen bis zu vier Wochen voll (in begründeten Ausnahmen auch länger), ansonsten nur, wenn die Maßnahmen zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich sind und die einzelne Kassensatzung eine entsprechende Leistungsvorschrift aufgenommen hat.

Die häusliche Krankenpflege spielt in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker bisher keine große Rolle. Bei einer psychiatriegerechten Ausgestaltung im Sinne des §27 Satz 3 SGB V („den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen“) könnte sie eine wesentliche Hilfe für psychisch Kranke in der nachstationären Phase sein und in Verbindung mit anderen Maßnahmen (z. B. der Beschäftigungstherapie) zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beitragen. Hierauf sollten sich auch die Leistungserbringer in West (Sozialstationen etc.) und Ost (Volkssolidarität, Freie Wohlfahrtspflege und auch Polikliniken) einstellen.

Pflegehilfen

Nur der Vollständigkeit halber will ich die durch die Gesundheitsreform eingeführten Pflegehilfen ansprechen. Von wesentlicher Bedeutung dürfte die ab 1. 1.1991 zum Tragen kommende ambulante häusliche Pflegehilfe für Schwerstpflegebedürftige sein. Pflegefälle erhalten Grundpflege und sogenannte hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 25 Pflegeeinsätze im Monat. Die Aufwendungen der Krankenversicherung dürfen allerdings DM 750,00 je Monat nicht übersteigen. Verzichtet der Versicherte auf die Versorgung durch entsprechende Dienste, kann er einen monatlichen Geldbetrag von DM 400,00 beanspruchen, um die Pflegehilfen selbst zu organisieren.

Es muß von selten der Krankenversicherung darauf geachtet werden, daß bei Anwendung dieser neuen Leistung psychisch Kranke gegenüber somatisch Kranken nicht benachteiligt werden.

Davon geht auch die zum Pflegebereich abgegebene Erklärung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 5. 11. 1990 aus. Ich darf auszugsweise zitieren:

„Die verstärkte Nachfrage nach Pflegeleistungen erfordert einen gezielten Ausbau einer pluralistischen Infrastruktur für ihre Erbringung. Bei der Anwendung der Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen sollen psychisch Kranke und Behinderte, die der ständigen Betreuung und Pflege bedürfen, auch wenn sie in ihrer Beweglichkeit nicht beeinträchtigt sind, nicht von der Leistung ausgeschlossen werden.“

Dem habe ich nichts hinzuzufügen, es sei denn die Feststellung, daß anderenfalls wieder einmal die psychisch Kranken (wegen der Art ihrer Behinderung) benachteiligt und nicht gleichgestellt wären.

//. Rehabilitation

Die Krankenversicherung ist nicht nur Trägerin kurativ-medizinischer Versorgungsleistungen (versicherungsrechtlich Krankenbehandlung genannt), sondern auch Trägerin von Maßnahmen zur Rehabilitation. Alle bisher dargestellten Leistungen sind auch zu rehabilitativen Zwecken einzusetzen, wenn sie erforderlich sind, um

- einer drohenden Behinderung vorzubeugen
- eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten
- oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Bei konsequenter Anwendung dieses Grundsatzes dürfte eigentlich die Zahl der in der Vorbemerkung angesprochenen Pflegefälle nicht sonderlich groß sein. Möglicherweise ist aber die Rehabilitation gerade psychisch Kranker noch nicht allzusehr entwickelt. Und wenn, spielten bisher stationäre und weniger ambulante Angebote eine Rolle.

Die Krankenversicherung ist allerdings keine umfassend zuständige Rehabilitationsträgerin. Zu ihrem Auftrag gehört nur die Bereitstellung medizinischer Rehabilitationsleistungen. Berufsfördernde Leistungen und Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören nicht dazu. Deutliche Hinweise zum eingeschränkten Reha-Auftrag der GKV finden sich in den Gesetzesbegründungen zur Gesundheitsreform (vgl. Bundestags-Drucksachen 11/2237 Seiten 163 und 180): „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.“ Diese Einschränkung gilt leider auch unter Berücksichtigung der sogenannten ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V. Nach dieser Regelung sollen die Krankenkassen auch solche Leistungen zur Rehabilitation erbringen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Bei einem bestimmten Teil psychisch Kranker (Chroniker, von einer Chronifizierung bedrohte psychisch Kranke) vermögen aber die medizinischen Maßnahmen allein nicht zu einer dauerhaften Wiedereingliederung zu führen. Sie erfordern häufig flankierende Hilfen, sei es, daß man sie psychosoziale Maßnahmen (wie in der Begründung zur Gesundheitsreform), Soziotherapie oder ähnlich nennt. Fehlen entsprechende Trainings- und Betreuungsangebote, sind häufig der Erfolg der bisherigen Maßnahmen und der Erfolg der ärztlichen Heilbehandlung und damit die Rehabilitation gefährdet.

Als Alternative bliebe dann nur eine vollstationäre Versorgung (z. B. in einem Krankenhaus oder in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte). Damit wäre zwar eine Vollversorgung auch unter Berücksichtigung dieser Betreuungsbelange zu Lasten der GKV möglich, jedoch können diese Einrichtungen eine Rehabilitation wegen Fehlens der Lebenswirklichkeit niemals abschließend betreiben. Außerdem würde ein solches Modell die gesetzlich angeordnete Stufigkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (Rehabilitationsmaßnahmen am Wohnort, im Kurort, vollstationäre Rehamassnahmen) nicht berücksichtigen. Es wäre unwirtschaftlich und würde nicht dem Patienteninteresse entsprechen.

Vorreiter für neue Entwicklungen in der Rehabilitation psychisch Kranker war bisher schon der Suchtbereich. Ich erinnere insoweit an die Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger vom 20. November 1978. Sie ist zwar auch kritisiert worden, hat aber doch spürbare Verbesserungen innerhalb der Sozialrechtsgrenzen erzeugt.

Auch für Suchtkranke wurden Rehabilitationsmaßnahmen bisher fast durchweg vollstationär durchgeführt. Nunmehr ist eine Empfehlungsvereinbarung zwischen den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung in Vorbereitung, die auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen ermöglichen soll. Außerhalb der kassenärztlichen Versorgung sollen geeignete ambulante Einrichtungen für die Durchführung qualifizierter Maßnahmen gewonnen werden. An den

Maßnahmen selbst sollen Ärzte, Diplom-Psychologen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen mitwirken. Voraussetzung ist ein gesonderter Antrag des Versicherten, ein ärztliches Gutachten und die Einzelentscheidung des Leistungsträgers. Die Finanzierungszusage wird für eine begrenzte Zeit (18 Monate) in Aussicht gestellt. Eine Dauerrehabilitation scheidet damit aus.

Ich könnte mir vorstellen - und werde dies auch für den Bereich der Krankenversicherung offensiv in die Diskussion einbringen —, daß ein entsprechend gewandeltes und erweitertes Modell für die ambulante Rehabilitation von psychisch Kranken auch außerhalb der Suchtproblematik entwickelt wird. Dann dürfte es auch möglich sein, unter ähnlichen Gesichtspunkten sogenannte sozialtherapeutische Maßnahmen innerhalb eines geregelten Verfahrens zu Lasten der GKV ganz oder zumindest teilweise finanzierbar zu machen. Damit könnten auch der Auftrag in § 40 SGB V, ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen den Vorrang zu geben, besser erfüllt und bisher beklagte Probleme in der Rehabilitation psychisch Kranker überwunden werden.

Rechtsgrundlage könnte und müßte § 43 SGB V (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) sein. Entsprechende Ansätze sind, wenn sie die medizinische Rehabilitation erst ermöglichen oder deren Erfolg sichern, nicht als spezifische allgemeine soziale Eingliederungsmaßnahmen i. S. von § 43 Nr. 2 SGB V i.V. mit § 29 Abs. 1 Nr. 3 SGB I zu verstehen. Sie dienen allerdings der sozialen Eingliederung i. S. von § 1 RehaAnglG und damit auch den rehabilitativen Zielen der Krankenversicherung. Das ist nicht nur sprachlich, sondern auch materiell-rechtlich ein entscheidender Unterschied. Diese Beurteilung würde dann auch mit Ansätzen der Bundesanstalt für Arbeit korrespondieren, psychosoziale Betreuungsmaßnahmen als ergänzende Leistungen zu berufsfördernden Leistungen auszuweisen. Insoweit darf ich auf die wissenschaftliche Begleituntersuchung der Wirksamkeit von berufsfördernden Maßnahmen für psychisch Kranke im Rehabilitationswerk Straubing des Instituts für Empirische Soziologie (Nürnberg 1988) verweisen.

Entsprechende Lösungsansätze werden auch in der seit kurzem vorliegenden Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission diskutiert: „Sie (die Bundesregierung, Anm. des Verf.) erwartet hier eine kritische Auseinandersetzung über die Grundfrage, ob komplementäre Dienste und Einrichtungen, ggf. mit welchen Leistungen nach Inhalt und Umfang den im SGB V vorgesehenen ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation' zuzurechnen sind.“ Allerdings findet sich auf Seite 44 der Stellungnahme ein relativierender Hinweis: „Der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation zugewiesen. Die Grenzen dessen, was bei einer psychischen Erkrankung noch als medizinische Rehabilitation anzusehen ist, können nicht beliebig ausgedehnt werden. Soweit die Leistungen der Krankenkassen im pflegerischen und therapeutischen Bereich durch Gesetz begrenzt sind, ist eine Erweiterung nur durch eine Gesetzesänderung möglich.“ Auf den Gesetzgeber muß allerdings nicht gewartet werden. Vielleicht und hoffentlich gelingen Lösungen mit Hilfe der Selbstverwaltung.

Dafür spricht eine andere Textstelle der Stellungnahme (Seite 84). Ich zitiere: „Die Verankerung des Leistungsspektrums psychosozialer Hilfen (stützende, orientierende, begleitende, sozialbezogene Hilfen) innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung ist noch nicht gelungen und bedarf weiterer Abstimmung zwischen den Leistungsträgern über ihre Verantwortung bzw. über ihre Finanzierungszuständigkeit.“

Hierzu wird die GKV bereit sein und Vorstellungen entwickeln, in welchen Fällen und Verfahren psychosoziale Hilfen zur Finanzierung oder Mitfinanzierung durch die GKV führen. Wir werden an Überlegungen anknüpfen, die wir vor der Gesundheitsreform angestellt haben. Hierbei wird in erster Linie an Reha-Maßnahmen zu denken sein, bei denen die medizinische Versorgung untrennbar mit psychosozialen Hilfen verbunden ist. Eine Entlastung des vollstationären Bereiches sollte damit verbunden sein.

Allerdings ist die Krankenversicherung nicht alleinige Trägerin medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation. Die Rentenversicherung ist vorrangig leistungs verpflichtet. Häufig sind allerdings die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen oder aber die engere Prognosestellung der Rentenversicherung nicht erfüllt. Aus diesem Grunde wird für einen Großteil psychisch Kranker die Krankenversicherung als Kostenträgerin in Betracht kommen. Wenn sie die erweiterte rehabilitative Aufgabenstellung zur Vermeidung oder Verminderung der Pflegeproblematik konsequent umsetzt und bei der Ausgestaltung der Rehabilitation die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker im Sinne von § 27 Satz 3 SGB V bei der Krankenbehandlung und Rehabilitation ebenso berücksichtigt, dürften viele der bisher diskutierten Finanzierungsprobleme der Vergangenheit angehören. Nach den vielfältigen Leistungsverbesserungen für psychisch Kranke bis 1985, der Rena-Einrichtung für psychisch Kranke und Behinderte von 1986 und der Verabschiedung der Heilmittel-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie für psychisch Kranke vom 14. 8.1990 wäre damit ein weiterer sehr entscheidender Schritt zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker unter Mitfinanzierung der Krankenversicherung getan. Die in der Vergangenheit vielfach beklagten finanzierungsbedingten Probleme wären weitgehend überwunden, und die Sozialhilfe würde dann tatsächlich nur als Ausfallbürgin und nicht für bestimmte Leistungen als Regelfinanziererin auftreten müssen. Ein solcher Weg würde auch an die sinnvolle Praxis in den neuen Bundesländern anknüpfen, die immer schon eine enge Verzahnung (und Finanzierung) medizinischer und damit verbundener sozialfürsorgerischer Maßnahmen vorsah bzw. bis zum 31.12. 1990 vorsieht.

Wohnen - auch beschütztes Wohnen - würde den Leistungsrahmen der GKV selbst bei sehr weiter Auslegung sprengen. Derartige Maßnahmen lassen sich - so notwendig sie auch sein mögen - nicht unter die ambulanten medizinischen Reha-Maßnahmen als Aufgabe der GKV einordnen. Davon geht auch die Stellungnahme der Bundesregierung zutreffend aus (S. 36ff.). Es handelt sich um kommunale Aufgaben.

Soweit bei komplexen Maßnahmen die Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger in Betracht kommt, dürfen diese nicht an Finanzierungsfragen scheitern. Die Krankenversicherung ist prinzipiell auch zu Mischfinanzierungen im Rahmen der diskutierten Leistungsmöglichkeiten bereit. Dies hat sie bereits in ihrer Stellungnahme vom 20.7. 1990 zu den Empfehlungen der Expertenkommission zum Ausdruck gebracht. Dazu steht sie auch noch heute.

Unter den dargelegten Gesichtspunkten erscheinen auch sogenannte Erprobungsregelungen im Sinne von § 67 SGB V als weniger dringlich. Ansätze, die Rehabilitation psychisch Kranker über diesen Weg voranzubringen, sind bisher auch bei meiner Kassenart aus unterschiedlichsten Gründen leider nicht verwirklicht worden.

Vorangekommen sind wir mit Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung Langzeitkranker in den Arbeitsprozeß. Nachdem dieses Instrument bisher auf freiwilliger Basis insbesondere von Betriebskrankenkassen angewandt worden ist - und zwar auch bei psychisch Kranken - gilt es seit der Gesundheitsreform von 1989 für die gesamte Krankenversicherung.

Es bleibt zu hoffen, daß die in § 74 SGB V geregelte stufenweise Wiedereingliederung dazu beiträgt, daß psychisch Kranke nicht von der Arbeitswelt ausgegrenzt werden, sondern über diesen Weg integriert bleiben.

Ich darf zum Schluß und in Anbetracht des Charakters der Veranstaltung noch einmal die KAiG bemühen. Sie hat am 5.11.1990 auch eine Erklärung zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland verabschiedet: „Sie sieht es als wichtigste Aufgabe an, die gesundheitliche Versorgung in den neuen Bundesländern so rasch wie möglich an das Versorgungsniveau im bisherigen Bundesgebiet heranzuführen und den westdeutschen Versorgungsstrukturen anzupassen, ohne hier vorhandene Mängel zu übertragen.“

Ich hoffe, daß dies gelingt, auch oder gerade für die Psychiatrie.

Das Bundessozialhilfegesetz als Ausfallbürge in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Peter Mrozynski

Schon im Begriff des Ausfallbürgen wird deutlich, daß es bei ihm zunächst immer darum geht, einen anderen vorrangig in Anspruch zu nehmen. So ist auch in der Praxis ein beachtlicher Teil der Auseinandersetzungen um die Sozialhilfe auf die Frage gerichtet, ob nicht Ansprüche aus anderen Sozialleistungsbereichen, insbesondere aus der Sozialversicherung, in Betracht kommen. Erst wenn diese Frage verneint ist, sind spezielle sozialhilferechtliche Erwägungen angebracht.

1. Ausschluß vorrangiger Leistungen

Im Laufe der letzten zwanzig Jahre hat sich das System des Sozialrechts immer weiter ausdifferenziert. Das hat u. a. zur Folge, daß wir die Stellung des Sozialhilferechts innerhalb des Gesamtsystems auf verschiedenen Ebenen betrachten müssen. Es wäre heute eine große Vereinfachung, wenn man sich auf den Grundsatz beschränken würde, wo kein Schutz in der Sozialversicherung besteht, kommen Leistungen der Sozialhilfe, eben als Ausfallbürgin, in Betracht. Das ist vor allem deswegen nicht möglich, weil in den letzten Jahren Personen, vor allem Behinderte, in den Schutz der Sozialversicherung einbezogen wurden, die früher vollständig auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen waren. Dies ist aber nicht die einzige Entwicklung. Auch auf der Ebene der Risiken, die von der Sozialversicherung abzudecken sind, haben sich Erweiterungen ergeben. Das jüngste Beispiel dafür ist das Risiko der Hilflosigkeit, das Leistungen zur Pflege auslöst. Bis zur Gesundheitsreform waren auch sozialversicherte Personen in diesen Fällen vollständig auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Ab dem 1.1. 1991 stehen ihnen wenigstens teilweise Ansprüche gegen die Krankenversicherung zu (§§53ff. SGB V). Auch auf der Ebene der einzelnen Leistungen selbst ergeben sich laufend Verschiebungen. Besonders interessant ist hier die Entwicklung des Begriffs der Hilfsmittel (§ 33 SGB V). Hier hat es sich ergeben, daß viele Dienstleistungen, die früher als Hilfe zur Pflege vom Träger der Sozialhilfe zu erbringen waren, heute in Form von Pflegehilfsmitteln vom Träger der Krankenversicherung nach § 33 SGB V zu erbringen sind.

Will man also die Rolle der Sozialhilfe als Ausfallbürgin richtig verstehen, so muß man Überlegungen auf verschiedenen Ebenen zu ihrer Wechselwirkung mit den anderen Sozialleistungsbereichen anstellen. Im Verhältnis zur Sozialversicherung sind dies drei Ebenen, und zwar ist a) zunächst die Frage nach dem versicherten Personenkreis zu stellen. Ist diese Frage bejaht, dann ist b) zu klären, welche Risiken für diesen Personenkreis durch die Sozialversicherung abgedeckt werden. Ist dies geschehen, dann ist c) zu überlegen, welche

Leistungen der Sozialversicherung zur Abdeckung dieser Risiken in Betracht kommen. Immer dort, wo die Überlegungen zu a)-c) negativ verlaufen, kommt die Sozialhilfe als Ausfallbürge in Betracht.

a) Kreis der versicherten Personen

Diese Frage wäre am Beispiel der Krankenversicherung nach den §§5-10 SGB V zu beantworten. Besondere Probleme ergäben sich etwa, wenn ein Behinderter behinderungsbedingt nur in geringem Umfang einer Beschäftigung nachgegangen wäre. Hier käme eine Versicherungsfreiheit nach den §§7 SGB V i. V. m. 8 SGB IV in Betracht. Der Behinderte könnte allerdings auch in bestimmten Fällen in den besonderen Versicherungsschutz Behinderter (§ 5 I Ziff. 7 und 8 SGB V) einbezogen sein. Daran fehlt es nun gerade bei den sich neu entwickelnden Beschäftigungsformen, etwa in Firmen für psychisch Kranke. Die Sozialversicherung hat noch keinen Anschluß an diese Entwicklung gefunden. Sie reduziert den Versicherungsschutz. Es gibt noch keine generelle Versicherungspflicht für Personen, die behinderungsbedingt nur eine geringfügige Beschäftigung ausüben können. Die Folge ist, daß die Sozialhilfe in vollem Umfang als Ausfallbürge eintreten muß, und zwar von der Hilfe zum Lebensunterhalt bis hin zu den Leistungen bei Krankheit.

Für die Unfall- und Rentenversicherung ergeben sich im Prinzip gleiche Fragen (§§ 539 RVO, 1 -3 SGB VI). Die Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit fällt geringfügig aus diesem System heraus (vgl. § 168 I Satz 1 und 2 AFG),

b) Die Frage nach den versicherten Risiken

Gehört eine Person zum versicherten Personenkreis, dann bedeutet das noch nicht, daß die Sozialhilfe als Ausfallbürge entlastet wäre. Jetzt ist vielmehr zu prüfen, ob sich in der versicherten Person das Risiko des jeweiligen Versicherungszweiges verwirklicht hat. Am Beispiel der Krankenversicherung wäre also zu prüfen, ob diese Person krank ist. Hier würde sich dann etwa die Frage stellen, ob bestimmte Auffälligkeiten im Verhalten als Ausdruck einer Krankheit anzusehen sind oder etwa ab wann der Alkoholmißbrauch in eine krankhafte Abhängigkeit umschlägt. In den anderen Versicherungszweigen müßte z. B. geprüft werden, ob ein Arbeitsunfall (§ 548 RVO) vorliegt. Bei Ansprüchen aus der Rentenversicherung könnten sich bei der Feststellung einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (§§43, 44 SGB VI) große Schwierigkeiten ergeben. Hier sind es nämlich oft Krankheit bzw. Behinderung und die Bedingungen des Arbeitsmarktes gemeinsam, die dazu führen, daß eine Person eine Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben kann. Es kann aber auch sein, daß ein Behinderter, der in seinem Leistungsvermögen erheblich eingeschränkt ist, gleichwohl auf einem beschützenden Arbeitsplatz einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann.

Ähnliche Probleme können sich bei der Arbeitslosigkeit ergeben. Arbeitslos im Sinne der §§ 100 ff. AFG ist eine Person nur, wenn sie dem Arbeitsmarkt zur

Verfügung steht (§ 103 I AFG). An dieser Verfügbarkeit kann es infolge einer Krankheit, Behinderung oder Sucht fehlen. Die Folge ist, daß Leistungen bei Arbeitslosigkeit nicht beansprucht werden können und die Sozialhilfe als Ausfallbürgin eintreten muß. Das gilt natürlich dann nicht, wenn ein an sich nur Arbeitsloser später erkrankt.

Das Verhältnis von Behinderung und Arbeitsmarkt ist äußerst kompliziert, und der Gesetzgeber hat sich vor allem um eine Nahtlosigkeit von Arbeitslosen- und Rentenversicherung bemüht (§ 105 a AFG). Viele Lücken sind jedoch im System der Sozialversicherung geblieben, und solange sie nicht geschlossen sind, muß die Sozialhilfe eintreten.

c) Die Leistungen

Sind die beiden Voraussetzungen zu a) und b) erfüllt, so ist bei Ansprüchen aus der Sozialversicherung auf der dritten Ebene zu prüfen, welche Leistungen verlangt werden können. In der Krankenversicherung können z. B. Ansprüche auf nichtärztliche Therapieleistungen nur unter sehr engen Voraussetzungen beansprucht werden (§28 SGB V). Generell, wenn auch sehr vereinfachend, kann man sagen, die Bewältigung der sozialen Folgen einer Krankheit, gehört nicht zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung (§27 SGB V). Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist es aber sehr schwer, die Krankheit und ihre sozialen Folgen auseinanderzuhalten.

Zusätzliche Fragen ergeben sich bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Behinderter. Das Leistungsspektrum der Krankenversicherung ist so angelegt, daß die Krankenkasse, außer bei der Akutversorgung, grundsätzlich nur nachrangig nach anderen Trägern der Sozialversicherung leistet (§40 SGB V). Häufig erbringt hier der Träger der Rentenversicherung medizinische Leistungen zur Rehabilitation. Das Verhältnis von Kranken- und Rentenversicherung läßt sich aber mit dem Ausbau der ambulanten Versorgung immer schwerer bestimmen (vgl. §§40 SGB V, 15 II SGB VI).

d) Folgerungen

Es ist eine wesentliche Funktion der Sozialhilfe, auf jeder der drei angesprochenen Ebenen, Ausfallbürgin zu sein, und zwar in zweierlei Hinsicht: Erstens solange ungeklärt ist, ob ein anderweitiger Anspruch besteht (§ 44 BSHG) und eine der drei genannten Voraussetzungen nicht erfüllt ist. Die Sozialhilfe leistet dann, wenn Ansprüche nach anderen Sozialgesetzen nicht bestehen, in diesem Falle übernimmt sie also bei den Personen, die keinen Versicherungsschutz genießen, die Funktion, die sonst die Sozialversicherung erfüllt. Auf der zweiten Ebene ist festzustellen, daß die Sozialhilfe Risiken abdeckt, die nicht zu den Risiken anderer Sozialleistungsbereiche gehören. Neben der schon erwähnten Pflege bei Hilflosigkeit (§§ 68, 69 BSHG) ist im Grenzbereich der psychiatrischen Versorgung vor allem die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten zu nennen (§72 BSHG). Dazu gehört der soziale Schutz etwa bei Nichtseßhaftigkeit, massiver Straffälligkeit, aber eben

auch bei damit häufig verbundenem Alkoholmißbrauch, der noch nicht den Charakter einer Sucht hat.

Auf der dritten Ebene, dem jeweiligen Leistungsspektrum, ist die Sozialhilfe insoweit Ausfallbürgin, als die Leistungen der einzelnen Sozialgesetze oft nicht ausreichen, einen bestimmten Bedarf zu decken. Mit dem Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist deutlich geworden, daß die Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 12ff. BSHG) eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, Behinderte ambulant zu versorgen, nämlich in der Form der Sicherung ihrer materiellen Existenz.

Außerhalb der psychiatrischen Versorgung hat die Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 12ff. BSHG) in den neuen Bundesländern natürlich eine erhebliche Bedeutung für die Übergangszeit. Alle Geldleistungen, seien es Renten, Arbeitslosen- oder Krankengeld, auch Lohn und Gehalt, sind durch die Hilfe zum Lebensunterhalt aufzustocken, wenn sie gemessen an den §§ 12ff. BSHG nicht ausreichend sind.

Eine spezifische Ergänzungsfunktion der Sozialhilfe besteht in der psychiatrischen Versorgung in Form der Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39ff. BSHG). Es ergeben sich immer Bedarfssituationen, für die es in Kranken- und Rentenversicherung keine Leistungen gibt. Man kann diesen Komplex als soziale Rehabilitation zusammenfassen. Die Krankenkasse erbringt nur Leistungen der Krankenhilfe und zur medizinischen Rehabilitation. Die Rentenversicherung leistet nur zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Was man diesen Leistungskomplexen nicht zuordnen kann, muß von der Sozialhilfe abgedeckt werden. Dazu gehören nach gegenwärtiger Auffassung vor allem die Betreuung in Übergangseinrichtungen, therapeutischen Wohngemeinschaften, Tagesstätten und sonstige Hilfen zu einer selbständigen Lebensführung.

Ob man wirklich alle diese Leistungen der sozialen Rehabilitation zurechnen muß, oder ob der Begriff der medizinischen Rehabilitation nicht zu eng gesehen wird, soll hier nicht weiter ausgeführt werden. Zumindest in der gegenwärtig laufenden Auseinandersetzung um die Rehabilitationseinrichtung (§ 40 II SGBV) wird deutlich, daß das Bundessozialgericht zu einer weiteren Klärung der Begriffe aufgerufen ist.¹

Festzuhalten bleibt, daß das Leistungsspektrum der Sozialversicherung nicht alles abdeckt, was in der psychiatrischen Versorgung als notwendig angesehen wird. Das bedeutet im Ergebnis, daß auch ein psychisch Kranker, der an sich den Schutz der Sozialversicherung genießt, zu seiner vollständigen Rehabilitation immer auch auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen ist. Diese ergänzende Funktion übernimmt vor allem die Eingliederungshilfe nach §§ 39ff. BSHG. Da nun aber die Sozialhilfe immer erst dann eintritt, wenn sich der Hilfesuchende selbst nicht helfen kann (Nachranggrundsatz, Subsidiaritätsprinzip), müssen erst alle anderen Ansprüche ausgeschöpft sein. Das bedeutet u. a. auch, daß unterhaltspflichtige Angehörige zunächst

eintreten müssen. Hier ist aber zu beachten, daß im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte und der Hilfe zur Pflege die Einstandspflicht der Familie begrenzt ist. Die hier anwendbaren Vorschriften (§§43 II, 91 III BSHG) sind unsinnigerweise aber so angelegt, daß sie bei der stationären Versorgung eine größere Wirkung entfalten als im ambulanten Bereich (vgl. §27 HI BSHG).

2. *Übergangsvorschriften im Einigungsvertrag*

Nach §4 I BSHG hat der Bürger einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Sozialhilfe. Dieses subjektive Recht des einzelnen wird als ein großer Fortschritt im modernen Verständnis der Fürsorge gepriesen. Gemessen an dem früheren Zustand, in dem der einzelne Objekt der staatlichen Fürsorge war, ist dies sicherlich zutreffend. Gegenwärtig sind es aber oft mehr die verfügbaren Einrichtungen und sozialen Dienste, die darüber entscheiden, ob der einzelne Hilfe erhält. Der Gleichheitssatz des Art. 3 GG und der Grundsatz der pflichtgemäßen Ermessensausübung (§ 39 SGB I) sind ein hinreichendes Korrektiv auch dort, wo dem einzelnen ein subjektives Recht auf eine bestimmte Leistung nicht eingeräumt ist.

Im Einigungsvertrag (Anlage I, Kapitel X, Sachgebiet H, Abschnitt III) lautet die entscheidende Formulierung: „Gesetzliche Ansprüche sind von den Trägern der Sozialhilfe nur insoweit zu erfüllen, als die im Einzelfall dafür erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen in dem in Artikel 3 des Vertrages genannten Gebiet (den neuen Bundesländern) vorhanden oder sonst mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreichbar sind.“

Das Bestehen eines Rechtsanspruchs wird also von dem finanziell und organisatorisch Möglichen abhängig gemacht. Hieraus könnte sich nun die nicht unberechtigte Sorge ergeben, daß notwendige Hilfen nicht geleistet werden. Es ist aber zu sehen, daß auch das Bestehen eines Rechtsanspruches allein noch nicht zu einer Hilfeleistung führen würde. Nicht ganz zu Unrecht hält man die Regelung des §17 SGB I für eine außerordentlich wichtige Vorschrift.² Danach muß jeder Sozialleistungsträger darauf hinwirken, daß der Berechtigte die ihm zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell erhält.

Die Verpflichtung erstreckt sich auch darauf, darauf hinzuwirken, daß die erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen. Insbesondere ist auch mit den gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen zusammenzuarbeiten (§ 17 III SGB I). An der erwähnten Stelle des Einigungsvertrages wird nun die Verpflichtung, auf die Schaffung ausreichender sozialer Dienste und Einrichtungen hinzuwirken, ausdrücklich unterstrichen. Damit erwachsen den Bürgern in den neuen Bundesländern mit dem Aufbau einer sozialen Infrastruktur aber auch Rechtsansprüche.

Für die Übergangszeit kann man allerdings nicht in Zweifel ziehen, daß es

eine Ungleichbehandlung der Bürger in den alten und in den neuen Bundesländern gibt, denn erstere haben einen Rechtsanspruch nach §4 I BSHG, letztere haben ihn vorerst nicht bzw. sie haben ihn nur im Rahmen des Machbaren. Daß dies faktisch in den alten Bundesländern schon immer genauso war, mag hier dahinstehen.

Das Bundesverfassungsgericht duldet eine Ungleichbehandlung der Bürger nur unter bestimmten Voraussetzungen. Nach der neueren Rechtsprechung des Gerichts gebietet Art. 3 I GG „alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Demgemäß ist dieses Grundrecht vor allem dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten.“³

Normadressaten des Art. 3 I GG sind alle Bürger im Bundesgebiet. Ein ins Gewicht fallender Unterschied besteht zwischen ihnen nicht. Unterschiede bestehen in ihren Lebensbedingungen. Es liegt nun nahe, aus dem Gleichheitssatz des Art. 3 I GG und aus dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 GG die Verpflichtung abzuleiten, die Lebensbedingungen in den Bundesländern möglichst schnell einander anzugleichen. Dies dürfte auch der Grundsatz der Bundestreue gebieten.

Bei seiner Auseinandersetzung mit dem Gleichheitssatz berücksichtigt das Bundesverfassungsgericht immer auch Gesichtspunkte der Verwaltungspraktikabilität, der Notwendigkeit, typisierende Regelungen zu treffen, die im Einzelfall zuweilen als ungerecht erscheinen mögen, oder auch Erfordernisse der Systemgerechtigkeit einzelner sozial rechtlicher Regelungen.⁴ Das Gericht wird deswegen gewiß auch den Schwierigkeiten des Einigungsprozesses in der Übergangszeit Rechnung tragen. Im Augenblick bleibt aber sehr klar zu sehen: Gerade die Bürger in den neuen Bundesländern, deren Lebensbedingungen schlechter sind, die also der besonderen sozialstaatlichen Unterstützung bedürfen, werden vor dem Gesetz ungleich, nämlich schlechter behandelt. M. E. wird das Bundesverfassungsgericht diese Regelung nur halten, wenn es im Einzelfall wirklich an den erforderlichen Möglichkeiten zur Hilfe fehlt und wenn zugleich größte Anstrengungen unternommen werden, die Lebensbedingungen in allen Bundesländern einander anzugleichen. Praktisch wird dies so verlaufen, daß die freien Träger der Wohlfahrtspflege auch unter Inanspruchnahme öffentlicher Mittel die erforderlichen Dienste und Einrichtungen schaffen (vgl. § 93 BSHG). Im Ergebnis haben wir dann den gleichen Zustand wie in den alten Bundesländern.

3. Der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte

Innerhalb der Rehabilitation hat die Eingliederungshilfe für Behinderte noch immer eine Pionierfunktion. Die Entwicklung in der Praxis verläuft zumeist so, daß bestimmte Betreuungsformen zunächst über die Leistungen nach den §§39 ff. BSHG eingeführt werden. Später erbringen auch andere Soziallei-

stungsträger dieselben oder ähnliche Leistungen. Das läßt sich am Beispiel der Hilfsmittel für Körperbehinderte ebenso verdeutlichen wie an neueren Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung. Ein gewisser Teil der Leistungen verbleibt allerdings immer in der Eingliederungshilfe. Das sind solche Leistungen, die man vage als soziale Rehabilitation umschreibt. In diesem Zusammenhang ergeben sich gerade in der psychiatrischen Versorgung auf der einen Seite Berührungspunkte mit der medizinischen Rehabilitation. Auf der anderen Seite „verliert“ sich die soziale Rehabilitation in der allgemeinen Lebensführung.

a) Leistungsvoraussetzungen

In § 39 I BSHG werden die Leistungen der Eingliederungshilfe an das Vorliegen einer Behinderung geknüpft. Sie muß nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht nur vorübergehend und wesentlich sein. In dieser Begrifflichkeit schafft das Gesetz eher praktische Probleme, als es sie löst. Entscheidend ist jedenfalls, daß Leistungen der Eingliederungshilfe nur auf dem Hintergrund einer Krankheit oder genauer einer körperlichen, geistigen oder seelischen Regelwidrigkeit erbracht werden. In die Leistungen werden auch diejenigen einbezogen, die nicht wesentlich behindert sind (§ 39 I 2 BSHG) oder denen eine Behinderung lediglich droht (§ 39 II BSHG). Der Kreis der Anspruchsberechtigten wird in den §§ 1 -3 der Eingliederungshilfeverordnung näher umschrieben. Doch auch hierzu muß man sagen, daß der Versuch einer Konkretisierung des Begriffs der Behinderung kaum gelungen sein dürfte. Zu den seelisch wesentlich Behinderten ist immerhin zu sagen, daß nach Auffassung des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers hierzu auch Personen mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen gehören (§ 3 Ziff. 4 Eingliederungshilfeverordnung). In diesem Grenzbereich kann es sich ergeben, daß als behindert im Sinne des §39 I BSHG auch Personen einzuordnen sind, die man nicht unbedingt auch als krank im Sinne der Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung ansehen muß.⁵

b) Allgemeines zum Leistungsumfang der Eingliederungshilfe

Die Regelung des §40 BSHG enthält einen Katalog der Leistungen der Eingliederungshilfe. Eine Konkretisierung dieses Leistungskatalogs erfolgt in den §§ 6-24 der Eingliederungshilfeverordnung.

Eine grobe Gliederung des Leistungskatalogs kann nach den Gruppen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation vorgenommen werden. Die medizinischen Leistungen nach §40 I Ziff. 1 und 2 BSHG haben geringere praktische Bedeutung, da diese Leistungen grundsätzlich schon nach den Bestimmungen der gesetzlichen Kranken- (§27 SGB V) und der Rentenversicherung (§ 15 SGB VI) in Anspruch genommen werden können. In § 40 I Ziff. 2a BSHG sind die heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, geregelt. Diese heilpädagogischen Maßnahmen sind in der Praxis zwar oft auf die Erreichung

des Schulerfolgs ausgerichtet, sie sollen aber auch dazu beitragen, dem behinderten Kind eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen. Insoweit dienen sie der sozialen Rehabilitation. Die Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung nach § 40 I Ziff. 3 BSHG werden ergänzend zum Schulbesuch erbracht. Solche Hilfen werden vor allem in Tagesstätten geleistet, die mit den Sonderschulen eng zusammenarbeiten.

Für die seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen ist anzumerken, daß nach mehrjährigen Auseinandersetzungen jetzt in §10 II des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) folgendes geregelt ist: Nach einer Übergangszeit bis zum Jahre 1994, die aber von den Bundesländern abgeändert werden kann, werden Leistungen an seelisch Behinderte vom Träger der Jugendhilfe erbracht. Dem Umfange nach entsprechen diese Leistungen aber denen des § 40 BSHG (§ 27 IV KJHG). Diese Regelung hielt man für erforderlich, weil die Abgrenzung zwischen einer seelischen Behinderung und erzieherischen Problemen in der Praxis äußerst schwierig ist. Man wollte deswegen eine Verlagerung in die Jugendhilfe bewirken. Für die körperlich und geistig behinderten Kinder und Jugendlichen hat sich nichts geändert. Die Leistungen nach den §§ 1011, 27 IV KJHG werden bis zu r Vollendung des 21. Lebensjahres erbracht. Sie können sogar bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres in Form der Nachbetreuung fortgeführt werden (§ 41 KJHG).

In § 40 I Ziff. 4-6 BSHG sind die berufsfördernden Maßnahmen geregelt. Sie haben keine praktische Bedeutung, weil die Leistungen der beruflichen Rehabilitation in den anderen Sozialgesetzen, insbesondere in den §§ 16ff. SGB VI und den §§56ff. AFG ausreichend geregelt sind. Während Leistungen der Rentenversicherung nur nach Erfüllung relativ langer Beitragszeiten erbracht werden (§111 SGB VI), ist dies bei den Leistungen der Arbeitsförderung nach § 56 AFG nicht der Fall. Sofern behinderungsbedingt eine berufliche Förderung erforderlich ist, wird sie ohne zusätzliche Voraussetzungen nach § 56 AFG geleistet. Eine Einschränkung besteht jedoch bei der Werkstatt für Behinderte. Rentenversicherung und Arbeitsamt leisten hier nur für einen Zeitraum von zwei Jahren (§§ 19 II SGB VI, 58 I a AFG). Die Beschäftigung auf einem produktiven Arbeitsplatz in der Werkstatt für Behinderte vom dritten Jahr ab erfolgt durch Leistungen der Sozialhilfe nach § 40 II BSHG.

Für die berufliche Rehabilitation insbesondere der seelisch Behinderten bleibt anzumerken, daß sie nicht auf Ausbildung, Fortbildung und Umschulung beschränkt ist. In den letzten Jahren haben sich hier verschiedene Beschäftigungsinitiativen herausgebildet, die von den Selbsthilfefirmen bis hin zur gemeinnützigen Leiharbeit reichen. Die Ermöglichung solcher Beschäftigungen erfolgt auf der Basis verschiedener gesetzlicher Regelungen. In Betracht kommen vor allem Zuschüsse der Hauptfürsorgestellen nach § 31 U und III des Schwerbehindertengesetzes und Lohnkostenzuschüsse nach §58 I b AFG. Sie alle reichen aber nicht aus, um diese Beschäftigungsformen zu unterstützen. Es ist abzusehen, daß die Sozialhilfe in diesem Bereich wieder ihrer Aufgabe als Ausfallbürgin gerecht werden wird. Gemäß § 40 U BSHG werden

nicht nur Leistungen für die Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte erbracht, sondern auch für jede andere der Behinderung entsprechende Beschäftigung.

In §40 I Ziff. 6a BSHG sind Leistungen zur behinderungsgerechten Ausgestaltung von Wohnraum geregelt. Sie sind in unserem Zusammenhang ohne Bedeutung. Von geringer praktischer Bedeutung sind auch die nachgehenden Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit von ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen. Da sie gegenüber den allgemeinen sozialrechtlichen Regelungen kaum eine eigenständige Bedeutung haben (§ 40 I Ziff. 7 BSHG). Einer besonderen Erörterung bedarf aber die Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, die soziale Rehabilitation nach §40 I Ziff. 8 BSHG.

c) Soziale Rehabilitation

Schwierigkeiten mit der sozialen Rehabilitation gibt es in zweierlei Hinsicht. Einmal ist es bei den psychischen Erkrankungen, bei denen ja immer auch die Beziehung des Kranken zu seiner Umwelt beeinträchtigt ist, äußerst schwer, die Grenze zwischen medizinischer und sozialer Rehabilitation zu bestimmen. Es ist in nicht wenigen Fällen die Frage, ob durch eine bestimmte Behandlungsmaßnahme unmittelbar eine seelische Behinderung gelindert wird (medizinische Rehabilitation), oder ob nur die Folgen der Behinderung im sozialen Raum beseitigt werden (soziale Rehabilitation). Immerhin wird die Einbeziehung des Lebenspartners in die Behandlung noch den medizinischen Maßnahmen zugerechnet.⁶

Das Feld größerer Auseinandersetzungen in diesem Bereich findet sich in der Nachsorge. Es werden zwar auch von den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung eine Fülle von Betreuungsmaßnahmen als für die Nachsorge notwendig angesehen, doch wollen sie selbst als medizinische Leistungen zur Rehabilitation nur einen verschwindend kleinen Anteil davon tragen.⁷ Insbesondere die Betreuung in Übergangsheimen wird heute noch überwiegend als soziale Rehabilitation im Sinne des §40 I Ziff. 8 BSHG angesehen. Dabei ist aber nicht zu übersehen, daß das Bundessozialgericht zur medizinischen Rehabilitation eines Drogenabhängigen eine Entscheidung getroffen hat, die eher für die gegenteilige Auffassung spricht. In den Urteilsgründen beschreibt das Gericht eine Vielzahl von Aktivitäten (Gruppengespräche, Sport, Freizeitveranstaltungen, Hausdienste usw.). Sie alle werden als Teile der übergreifenden medizinischen Rehabilitation angesehen, wenn ein Ziel eindeutig im Vordergrund steht: „Wird die Drogenabstinenz zur Wiederherstellung (bzw. Erhaltung) der Erwerbsfähigkeit bezweckt, so gehört auch eine pädagogisch hierauf ausgerichtete Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation, selbst wenn daneben noch weitere Verhaltensstörungen behoben, Allgemein- oder Berufskennnisse vermittelt und die Eingliederung in die Gesellschaft ebenfalls angestrebt wird.“⁸ Ergänzend ist zu betonen, daß die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf dem Hintergrund der Stabilisierung der Persönlichkeit erfolgen sollte.

Aus dem Gesamtzusammenhang der Entscheidung wird weiterhin deutlich, daß zwischen der Therapie der Sucht und der Therapie anderer psychischer Erkrankungen kein Unterschied zu machen ist. Was die Beteiligung des Arztes angeht, so geht sie in der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenversicherung (§§ 40, 107 II SGB V) weiter als in der Rentenversicherung (§ 15 II SGB VI). Ihr Umfang hängt maßgeblich von der Art der Erkrankung ab.

Auf dem Hintergrund dieser Rechtsentwicklung und insbesondere auch der gesetzlichen Neuregelungen in Kranken- und Rentenversicherung wird man vorhersagen können, daß der Bereich der medizinischen Rehabilitation bzw. der ergänzenden Leistungen dazu (§§ 43 SGB V, 31 SGB VI) in Zukunft doch ausgeweitet werden wird. Das wird dann dazu führen, daß die Sozialhilfe in ihrer Rolle als Ausfallbürgin etwas entlastet wird. Die Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der medizinischen und der sozialen Rehabilitation werden dadurch allerdings nicht geringer werden. Sie werden lediglich etwas weiter in den sozialen Raum hineinverlagert.

Wenn wir die soziale Rehabilitation als eine wesentliche Aufgabe innerhalb der Eingliederungshilfe ansehen, dann wird aus ihrer Stellung im Sozialhilferecht sogleich das zweite Problem deutlich. Das Ziel der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ist ja nicht nur eines, das allein in der psychiatrischen Versorgung verfolgt würde. Jede Leistung der Sozialhilfe dient diesem Ziel. Darüber hinaus gibt es keine bestimmten, abgrenzbaren Maßnahmen, mit denen dieses Ziel erreichbar wäre. Je nach Ausgangslage kann etwa eine Gruppentherapie ebenso nützlich sein wie eine Urlaubsfahrt oder ein Theaterbesuch. So kann sich das Ziel der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zum bloßen Konsum verflüchtigen.⁹ Gerade im Bereich der Nachsorge ist es ja vorstellbar, daß das Eingliederungsziel im Einzelfalle schon so weitgehend verwirklicht ist, daß ein „Bedarf“ an einer bestimmten Maßnahme der sozialen Rehabilitation nur schwer oder gar nicht mehr feststellbar ist. Das mag ein Idealfall sein, der in der Praxis nicht vorkommt. Theoretisch ist es jedoch so, daß wir die Grenzen der sozialen Rehabilitation nur schwer bestimmen können.

Das Problem wird noch dadurch vergrößert, daß der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe nicht abschließend ist. In der einleitenden Formulierung des § 40 I BSHG heißt es „vor allem“. Das Bundesverwaltungsgericht hat in einer Entscheidung hierzu festgestellt, daß die Aufzählung der Maßnahmen in § 40 I BSHG nicht in dem Sinne beispielhaft ist, daß andere Maßnahmen mit den aufgezählten eine Ähnlichkeit haben müßten. Auf der Basis des § 40 BSHG können also beliebige Leistungen erbracht werden. Es kommt nur auf ihre Geeignetheit und Zweckbestimmung im Hinblick auf das Eingliederungsziel des § 39 III BSHG an.¹⁰ Es handelt sich also bei § 40 BSHG um einen höchst offenen Leistungskatalog. Während man nun aber bei den medizinischen und berufsfördernden Maßnahmen auf ein langjähriges Erfahrungswissen zurückgreifen kann, muß man die soziale Rehabilitation allein aus der vagen Formulierung des § 40 I Ziff. 8 BSHG entwickeln.

Es gibt in der Rechtsprechung nur vereinzelte Entscheidungen, in denen der Begriff der sozialen Rehabilitation im Grenzbereich zur allgemeinen Lebensführung konkretisiert wurde. Beispielsweise wird die Urlaubsfahrt, von Ausnahmen abgesehen, nicht als Bestandteil des notwendigen Lebensunterhalts angesehen.¹¹ Anders urteilt die Rechtsprechung bei der Teilnahme eines Sonderschülers an einer Klassenfahrt. So betont das OVG Berlin, daß die mit einer Klassenreise einer Sonderschule verfolgten Bildungsziele von denen der Regelschule abweichen würden. Insoweit würde ein Ziel verfolgt, das sich mit dem der Eingliederungshilfe deckt. Als besonderen Bildungsauftrag der Sonderschule und damit auch der Leistung nach § 40 BSHG hat das Gericht bezeichnet: die gezielte Förderung des sozialen Lernens und die Reduzierung von Verhaltensstörungen, das Erlernen, sich in fremder Umgebung zurechtzufinden, sowie der Abbau von Ängsten allem Fremden gegenüber. Auch soweit sich die Ziele mit denen der üblichen Klassenreisen angestrebten Ziele decken, haben sie für den behinderten Schüler eine gesteigerte Bedeutung (Freude am Leben in der Gemeinschaft, die Erziehung zu sinnvoller Freizeitgestaltung, Gesundheits- und Reinlichkeitserziehung, Übernahme von Verantwortung, Erziehung zur Selbständigkeit.¹² Über die Klassenfahrt hinaus hat das OVG Münster in derselben Weise in Abgrenzung zum Kuraufenthalt für ein Ferienlager behinderter Kinder entschieden: „Wie bereits ausgeführt wurde, dient der Aufenthalt der behinderten Kinder im Lager dem Ziel, sie in einer ihnen unbekanntem Umgebung und losgelöst von ihrem Familienverband zu größerer Selbständigkeit zu erziehen, damit sie neues Selbstvertrauen gewinnen und auf diese Weise lernen, mit ihrer Behinderung in der Gemeinschaft ihrer Mitmenschen als gleichberechtigte Partner zu leben. Damit wird ihnen unter den besonderen Voraussetzungen, die im Lager bestehen, Hilfe gewährt, um am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen zu können.“¹³

Wichtig sind an diesen beiden Urteilen nicht die Aussagen über die Klassenfahrt oder das Ferienlager. Entscheidend für die Überlegungen zu §40 I Ziff. 8 BSHG ist, mit welchen Gesichtspunkten die Gerichte den Begriff der sozialen Rehabilitation konkretisieren. Insbesondere im Urteil des OVG Berlin wird deutlich, daß die soziale Rehabilitation auf der einen Seite an die medizinische Rehabilitation heranreicht. Das erweist sich vor allem bei einem Vergleich mit den Urteilsgründen des Bundessozialgerichts zur medizinischen Rehabilitation.¹⁴ Auf der anderen Seite aber mündet die soziale Rehabilitation in die allgemeine Lebensführung, die sozialrechtlich weitgehend indifferent ist. Im Zwischenbereich fehlt es uns an hinreichenden Kriterien für eine Konkretisierung. Wir können immerhin sagen, daß jede, aber auch jede Aktivität der sozialen Rehabilitation zugerechnet werden kann, wenn Ziel und Zweck der Eingliederungshilfe für Behinderte klar im Auge behalten werden. Insoweit gehört dann zur sozialen Rehabilitation, was nicht schon medizinische oder berufliche Rehabilitation ist. Nicht zur sozialen Rehabilitation gehören zudem bloß entlastende Hilfen wie die Haushaltshilfe (§ 70 BSHG), die nicht zur Verselbständigung beitragen wol-

len (vgl. dagegen § 16 Ziff. 3 Eingliederungshilfeverordnung). Sie dienen nicht gezielt der Eingliederung des Behinderten.

¹ BSG 54 S. 54

² BURDENSKI/v. MAYDELL/SHELLHORN, Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil § 17 Anm. 5

³ BVerfG 55 S. 88

⁴ D. KATZENSTEIN, Das Sozialrecht in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts von 1982 bis 1987, SGB 1988 S. 177

⁵ vgl. OVG Lüneburg, FEVS 25 S. 340

⁶ vgl. die Psychotherapie-Richtlinien, DOK 1987 S. 623

⁷ Empfehlungsvereinbarung Nachsorge Sucht, DRV 1988 S. 91

⁸ BSG 54 S. 59

⁹ D. SCHÄFER, Soziale Dienste - Angebot und Nachfrage, in: H. Klages/D. Merten (Hrsg.), Sozialpolitik durch soziale Dienste, Berlin 1981 S. 100

¹⁰ BVerwG 25 S. 29

¹¹ OVG Berlin FEVS 32 S. 272; OVG Münster FEVS 36 S. 234

¹² OVG Berlin FEVS 33 S. 32

¹³ OVG Münster FEVS 29 S. 154

¹⁴ BSG 54 S. 54 und neuerdings BSG, BREITHAUPT 1990 S. 913

Anhang

Zwei Psychiatrien in einem Land? Gemeinsames und Trennendes in der psychiatrischen Kultur in Deutschland-West und Deutschland-Ost

Ulrich Trenckmann

Der nachfolgende Versuch einer Annäherung an das mit der Überschrift umrissene Thema ist für den Autor ebenso schwierig wie reizvoll.

Seine eigene Grenzüberschreitung von der Psychiatrie in der damals noch existierenden DDR in die Psychiatrie der BRD vollzog sich nach gescheiterter „Republikflucht“ und Inhaftierung zu Anfang des Jahre 1984.

Bei allem Schmerzlichen an Trennung und Teilung gab es für die Psychiatrien in beiden Teilen Deutschlands eine besondere Situation, die Abgrenzung und Nähe gleichermaßen beinhaltete.

In einem Beitrag für die Zeitschrift Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde „Die andere deutsche Psychiatrie - Die Krise der Psychiatriereform in der DDR“¹ wählte der Autor 1986 zur Beschreibung dieser Dualität die Metapher von Zwillingsgeschwistern (TRENCKMANN 1986). Das Zwillingsein bringt Probleme mit sich. Man muß teilen: das Vaterland, die Tradition, den Erfolg und den Mißerfolg.

Es hat einen Vorteil; Man ist nie ganz allein, man erkennt sich im anderen wieder.

Das Sprachbild vom Zwilling erschien plausibel, obwohl die gesellschaftlichen und politischen Systeme im Osten und im Westen Deutschlands sich jeweils als Antithese des anderen Systems verstanden.

Historisch sind beide Psychiatrien in Deutschland-West und Deutschland-Ost aus gleichen Wurzeln hervorgegangen. Am Anfang stand im Zeitalter des Absolutismus die Ausgrenzung psychisch Kranker, moralisch mißliebiger und kriminell gefährdeter Menschen.

Beispielhaft sei Waldheim in Sachsen genannt. Auf der Grundlage des Mandats vom 7.12. 1715 „Wider die Bettler, Landstreicher und ander böses Gesindel“ wird dort ein kombiniertes, allgemeines Zucht-, Waisen- und Armenhaus in einem ehemaligen Schloßgebäude errichtet. Dem eigenen Selbstverständnis nach war es nicht in erster Linie strafende, sondern erziehende Institution. Die Arbeit galt als wichtigstes Erziehungsmittel. Das in allen sächsischen Anstalten geübte Spinnen wird zum Symbol des Irreseins schlechthin.

Mit der Aufklärung entsteht die Psychiatrie als medizinische Spezialdisziplin. Heilanstalten werden gegründet, die Unheilbaren werden aussortiert 1811 entsteht die Anstalt für heilbare Geisteskranke auf dem Sonnenstein über Pirna.

Aus Waldheim werden dorthin 30 Geisteskranke mit guter Prognose abgegeben (ANONYM 1818). In Waldheim verblieben für weitere 27 Jahre die Schwierigen, die Chronischen und die Ausgesonderten. 1829 wird die Irrenabteilung nach Colditz verlegt, und Waldheim wird für die nächsten Jahrzehnte ausschließlich als Zuchthaus benutzt (ebda).

Um die Wende des 19. zum 20. Jahrhundert ist die psychiatrische Landschaft Deutschlands von Großkrankenhäusern geprägt. In ihnen ist der Heil- und Behandlungsauftrag verquickt mit der Ausgrenzung mißliebiger und unbrauchbarer Menschen. Dieses Janusgesicht der Psychiatrie findet seine Überzeichnung in der NS-Psychiatrie. Der Sonnenstein, vormals eine der ersten Heilanstalten Deutschlands, wird Tötungsklinik.

In beiden deutschen Staaten stellt sich nach 1945 die Frage der Neuorientierung. Faktisch dominieren bis Mitte der 60er Jahre in Ost und West gleichermaßen wiedererstandene und erschreckend rasch erneut aufgefüllte psychiatrische Großkrankenhäuser.

In Westdeutschland knüpft man allerdings strukturell an die „Weimarer Systemzeit“ vor 1933 an. Es entwickelt sich ein vielfältig gegliedertes System sozialer Hilfsangebote im Betreuungsbereich, während der niedergelassene Nervenarzt ambulante Behandlungsangebote schafft. Unterschiedliche psychiatrische und psychotherapeutisch-psychoanalytische Vorstellungen konkurrieren miteinander.

Im Osten Deutschlands wird die Medizin im wesentlichen noch zur Zeit der sowjetischen Besatzungszone von NS-Belasteten „bereinigt“. Dies allerdings keineswegs so total, wie es die Propaganda der DDR später herausstellte. Beispielsweise betrug nach Abschluß der Entnazifizierung der Anteil der ehemaligen NSDAP-Mitgliedern unter den Ärzten Thüringens noch 48,1% (DOMEINSKI 1983). Ansonsten wird an einem zentralistischen Gesundheitswesen mit „Gesundheit als staatlicher Zielgröße“, in der Individualität nachgeordnet wird, festgehalten (LOOS 1990). Das radikalere Vorgehen in der SBZ bzw. DDR führt zu Erfolgen, wo medizinisch-polizeiliche Methoden greifen, wie z. B. in der Bekämpfung von Seuchen. Tuberkulose, Thyphus und Cholera werden verhältnismäßig rasch eingedämmt.

In beiden gesellschaftspolitischen Systemen kommt es in den 60er bis zu Beginn der 70er Jahre zur Suche nach Alternativen. In der DDR werden 1963 die „Rodewischer Thesen“ zur rehabilitativen Orientierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und 1974 die „Brandenburger Thesen“ zum Problem der therapeutischen Gemeinschaft formuliert. Modellhaft entstehen ausgehend vom psychiatrischen Krankenhaus extramurale Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke im komplementären und ambulanten Bereich. Entwicklungen im Gebiet der DDR, z. B. in Leipzig, Neuruppin und Berlin, greifen zeitweilig über den im Westen Deutschlands erreichten Stand hinaus.

In der Bundesrepublik Deutschland bilden Eckpunkte die Gründung des Mannheimer Kreises und der DGSP 1970, die Entstehung der AKTION PSY-

CHISCH KRANKE 1971 und die Verfertigung des Enquete-Berichtes über die Lage der Psychiatrie 1975. Merkwürdig unbeachtet in den Psychiatriedebatten der politischen und fachlichen Öffentlichkeit Westdeutschlands blieben die bereits erwähnten, vorauslaufenden Entwicklungen in der DDR.

Wie weiter unten von Herbert LOOS ausgeführt folgt in der DDR mit Ausgang der 70er Jahre eine Periode des Zurückdrängens sozialpsychiatrischer, tendenziell gesellschaftskritischer Ansätze. Immer breitere Bereiche widersprüchlicher Entwicklungen werden tabuisiert. Was die Pseudoharmonie der vorgeblich heilen Welt DDR stört, wird ausgeblendet, verleugnet oder verdrängt. Dies betrifft nicht nur die allgemeine und politische Öffentlichkeit, sondern auch die psychiatrische Fachöffentlichkeit z. B. gegenüber solchen Erscheinungen wie dem Suizid oder den Suchtkrankheiten. Die Psychiatrie stagniert in ihren Kernbereichen, entwickelt sich allenfalls im Grenzbereich zur Neurologie und Hirnforschung.

Schwierige Patienten, offiziell nicht wahrgenommen, werden tendenziell ausgegrenzt, im Extremfall in die (Spezial-) Abteilung Waldheim der Nervenlinik Hochschweitzschen verschubt.

In der direkten Nachfolge des Zucht-, Waisen- und Armenhauses Waldheim von 1715 steht heute der mächtige Gebäudekomplex einer Strafvollzugsanstalt, die auch Ort politischer Schauprozesse in der Zeit der Justizministerin Hilde Benjamin war. Äußerlich kleiner und noch verwahrloster wirkend liegt die Psychiatrische Abteilung Waldheim „in schmutzig-grauen Gemäuern, denen man ihre Vergangenheit als Frauen-Zuchthaus deutlich ansieht“ (SCHRÖTER 1990).

Ist „Waldheim“ Symbol eines pervertierten gesellschaftlichen Systems, ist es eine „Stasi-Klinik“? Ist „Waldheim“ Bestandteil der Psychiatrie eines oder beider Teile Deutschlands?

Für den Autor ist auf diese Fragen keine einfache Antwort möglich. Vieles an den Zuständen in der Abteilung Waldheim hat tatsächlich mit dem spezifischen Verhältnis des obrigkeitlichen und vormundschaftlichen DDR-Staates zu seinen Bürgern zu tun, hat auch zu tun mit persönlichem Verschulden von Menschen, die ganz unmittelbar Verantwortung trugen. Neben dieser Seite gibt es aber auch eine andere, die weitaus mehr zu tun hat mit psychiatrischen Traditionen in beiden Teilen Deutschlands.

In beiden deutschen Psychiatrien gibt es eine verhängnisvolle Tradition hinsichtlich selektiver Anstrengungen für die, denen zu helfen ist, für die, die ins Konzept passen, für die, die aus sich selbst heraus anstrengungsbereit, kooperativ und motiviert sind. Wissenschaftliche Verdienste und therapeutische Hochachtung erwirbt sich jener, der Erfolge vorweist. Erfolge erzielt man bei Heilbaren.

In den Psychiatrien beider deutscher Staaten gibt es Systeme der Selektion, wenn auch mit unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Schwer-

punktsetzung. Universitätskliniken mit Vollversorgung, wie sie in Leipzig, Hannover oder Bochum existieren, sind die Ausnahme, mit einer ausgewählten Klientel arbeitende sind die Regel.

In den nunmehr als alt bezeichneten Bundesländern gibt es, wenn auch regional sehr unterschiedlich ausgeformt, ein Netz stationärer, teilstationärer und ambulanten Hilfsangebote. Dieses Netz greift um so besser, je geringer das Ausmaß der Störung, des Fehlverhaltens und der Chronifizierungstendenz. Gerade der sozial entwurzelte, der vom Suchtprozeß depravierte und der langwierig psychotisch beeinträchtigte Mensch mit sehr störenden Verhaltensweisen findet nur zu oft nach 17.00 Uhr keinen psychosozialen Dienst mehr, der ihm dienstbar wäre, gelangt auch nicht von selbst in die Sprechstunde des niedergelassenen Nervenarztes. Oft bleibt daher nur die stationäre Aufnahme in einem allgemeinen Krankenhaus und in oft gescholtenen, entfernter liegenden Landeskrankenhäusern.

Dennoch, das Landeskrankenhaus hat sich in Westdeutschland mehr oder weniger zur Klinik gewandelt und wird dies vermutlich auch in Ostdeutschland tun.

Was zurück bleibt sind die Angehörigen in ihrer Not mit dem Chroniker zuhause oder das Dauerwohnheim als eine Welt im Schatten, auf die manchmal nur das Schlaglicht eines Skandals, wie beim Sozialwerk St. Georg in Gelsenkirchen, fällt.

In der Bundesrepublik ist bislang die Chance vertan, im Zusammenhang mit dem Zusammenwachsen beider deutscher Gesundheitssysteme das eigene psychiatrische Versorgungssystem kritisch zu überprüfen. Die erschreckenden Defizite im baulichen und Ausstattungsbereich in den Großkrankenhäusern der „DDR“ erfordern Soforthilfe. Es scheint keine Zeit zu bleiben für Reflexion und Diskussion.

Der Autor ist pessimistisch, ob es der Psychiatrie gelingt, in gleicher Weise rasche Hilfen zu verbinden mit Besonnenheit und dem Hinterfragen des eigenen, westdeutschen Beispiels.

Strukturelle Schwachstellen in der Psychiatrie der alten Bundesländer sind die immer noch unzureichende gemeindepsychiatrisch bzw. regional orientierte Gleichbehandlung aller psychisch Kranker. Zu nennen wären hier die Stichworte Dauerwohnheime für psychisch Kranke, Sondersysteme in sogenannten Kurkliniken im Bereich von Suchtkrankheiten und Psychotherapie, aber auch ein widersprüchliches Leistungsrecht, was tendenziell zur Benachteiligung chronisch Kranker führt.

Literatur

- ANONYM: Nachricht von der Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein bei Pirna. Sonnenstein 1819
- DOMEINSKI, H.: Zur Entnazifizierung der Ärzteschaft im Lande Thüringen in der Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945. Hrsg. A. Thom und H. Spaar, Berlin 1933
- LOOS, H.: Psychiatrie in der DDR - Differenzierung vonnöten, Schlagworte unbrauchbar. Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 68 (1990) 28-30
- SCHRÖTER, S.: Waldheim - Politischer Mißbrauch der Psychiatrie in der DDR und der schwierige Versuch der Aufarbeitung. Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 68 (1990) 22-27
- TRENCKMANN, U.: Die institutionell-administrative Entwicklung der Unterbringung und Behandlung Geisteskranker in Sachsen vom Absolutismus bis zur bürgerlichen Revolution. Z. ges. Hyg., 25 (1979) 536-539
- TRENCKMANN, U.; Die andere deutsche Psychiatrie. Die Krise der Psychiatriereform in der DDR. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 5 (1986) 192-202

„Anerkannte Unterordnung“ - ein Rückblick auf die Psychiatrie-Entwicklung in der DDR

Herbert Loos

Gern ergreife ich die Gelegenheit, nach Herrn TRENCKMANNs zeitlich weiträumigerem Überblick konkret auf das Kapitel Psychiatrie-Geschichte in der DDR einzugehen, da nur die genaue Bestimmung des zurückgelegten Weges die gegenwärtige Position definieren kann, was selbstverständlich auch für die weitere Wegfindung wichtig ist.

Ich bin der Auffassung, daß die Irritationen in der gestrigen Nachmittagsdiskussion, die beklagten Empfindungen von Arroganz, eitlen „Schaukämpfen“ u. ä. weniger auf die Diskussion oder Diskussionsleitung zurückzuführen waren, sondern vielmehr unserer brüchigen Situation entsprangen, die uns empfindlich und mißtrauisch macht. Mir scheint bemerkenswert, daß die monierten „Schaukämpfe“ um das Für und Wider zwischen Kleinabteilungen und Großkliniken dann auf Nachfrage genau das Thema aufgriffen, was auch bei uns jetzt ansteht.

Festen Boden - davon bin ich überzeugt — können wir hier aber nur unter die Füße bekommen, wenn wir unsere Vergangenheit nicht wegschieben oder technokratisch abhaken und zum nächsten Thema übergehen.

Es stimmt eben nicht, wenn Prof. BACH die Vorgänge von Waldheim als Problem ökonomischer Ausstattung ansieht, das auch, aber es steckt eben mehr dahinter. Und es stimmt ebenfalls nicht, wenn unsere „ideelle Situation“ in der DDR-Psychiatrie als ein Problem des Überwiegens biologischer Sichtweisen interpretiert wurde.

Aus all diesen Gründen kommen wir um eine Aufarbeitung nicht herum.

Aber es gibt noch einen zweiten, vielleicht ehrenwerteren Grund, sich mit der Geschichte der Psychiatrie in der DDR zu befassen: Wie nach einem Jahrhundert gemeinsamer Geschichte und Tradition eine - mit welchem Beiklang auch immer: „deutsche Psychiatrie“ durch extrem differierende Gesellschaftssysteme auseinanderdriftete, stellt ein ungewolltes Sozialexperiment dar, dessen Aufarbeitung höchstes wissenschaftliches Interesse erwecken sollte. Für unsere Vorgeschichte akzeptieren wir gern, daß gesellschaftliche Bedingungen die Psychiatrie der Epoche prägen, für die jüngste Vergangenheit aber verleugnen wir das, klopfen uns auf die Schulter und bekräftigen uns gegenseitig, daß wir ja so weit gar nicht auseinander stehen, und gehen zur Diskussion von Bettenzahlen und Personalschlüssel über. 40 Jahre Psychiatrieentwicklung in einem autoritären Gesellschaftssystem kann man doch aber nicht am bröckelnden Putz unserer Großkrankenhäuser festmachen.

Wir brauchen konkrete und zeitbezogene Analysen.

Ich möchte versuchen, dafür thesenhaft eine Diskussionsgrundlage zu geben:

Ausgangslage 1945

Die gestern erwähnte Gemeinsamkeit beider deutscher Teilbereiche bestand nach meinem Dafürhalten in der Verdrängung der faschistischen Deformationen zwischen 1933 und 1945. Aber schon die Art und Weise der Verdrängung unterschied sich deutlich.

In den westlichen Besatzungszonen orientierte man sich rasch auf die Zeit vor 1933 und nahm bereitwillig die Ergebnisse der Weiterentwicklung des Faches in westlichen Ländern zur Kenntnis.

In der sowjetischen Besatzungszone beschwor man den Beginn einer neuen Menschheitsepoche und übernahm sowjetische Modelle. Der Faschismus war für die neu inthronisierte Ideologie eine Variante einer „vorsozialistischen“ Gesellschaft und mit der Überwindung des Kapitalismus als Problem nicht mehr vorhanden. Sozialpsychologische Faktoren der Faschismusgenese blieben außerhalb des Denkhorizontes, und die Spielregeln parlamentarischer Demokratie, die der Faschismus zerstört hatte, waren Begleiterscheinungen des Kapitalismus im Vorfeld des Faschismus und somit obsolet, durch die neue „Volksherrschaft“ überwunden.

Mit Hilfe dieser Gedankenkonstruktion wurde es in der damaligen sowjetischen Besatzungszone möglich, die im Nationalsozialismus entwickelten staatszentralistischen Strukturen im Gesundheitswesen - nach Austausch der verantwortlichen Träger - fast unverändert zu übernehmen.

Die zentralistischen Strukturen wurden auch fast mit den gleichen Argumenten begründet: „ärztliche Tätigkeit. . . (ist)... in erster Linie Dienst an der Volksgesundheit“ hieß es 1935, und auf den ersten drei Parteitag der SED in den Jahren 1946, 1947 und 1950 hieß es: „Gesundheitsschutz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Schon auf dem zweiten Parteitag 1947 wurde die Einrichtung von Polikliniken beschlossen. Gerade bei der jetzt so oft genannten Institution sollte diese Herkunft als Kind eines Gesamtkonzeptes nicht vergessen werden, weil sonst die Eingliederung in neue Modelle zu Fehleinschätzungen führen kann.

Bestimmte Grundlagen der medizinischen Versorgung entstanden demnach sehr früh, schon vor der Gründung der DDR. Auf vorgegebenem Fundament entwickelte sich die DDR-Psychiatrie in vier Phasen.

1. Phase: Versuche inhaltlicher Neuorientierung durch Indoktrination. (50er Jahre)

In den 50er Jahren prägte der „Kalte Krieg“ mit seinen fixen Feindbildern das gesellschaftliche Leben. „Wenn Hyänen Schreibmaschine schreiben könnten, schrieben sie wie Jean Paul Sartre“, formulierte der Vorsitzende des sowjetischen Schriftstellerverbandes, FADEJEW, auf einem internationalen Schrift-

stellerkongreß jener Jahre, und ähnliche bösartige Charakterisierungen waren auch in der wissenschaftlichen Literatur, auch der psychiatrischen, üblich. Die ersten Jahrgänge unserer 1948 gegründeten Fachzeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“ enthalten viele Beispiele dafür. Weil DEGKWITZ das Psychische als „allgemein-menschlich“ bezeichnet hatte und PAWLOWs Lehre verleugnete, war er nach LEO MEN-DEL im „imperialistischen Sumpf“ versunken. Nach ALEXANDER METTE waren westdeutsche oder andere westliche Fachvertreter mit abweichenden Meinungen entweder mit „metaphysischer Beschränktheit ihres Denkens“ gestraft oder waren Feinde, die zwar die wissenschaftliche Unfehlbarkeit der sowjetischen Wissenschaft erkannten, jedoch bezahlte oder aus genuiner Bösartigkeit dagegen polemisierten. Wie die Pädagogik MAKARENKO, die Biologie MITSCHURIN bekam auch die ³psychiatrie einen positiven Helden zugeordnet, an dem sich die Geister zu scheiden hatten: PAWLOW. Eine PAWLOW-Konferenz im „Karl-Marx-Jahr 1953“ (der 135. Geburtstag von KARL MARX wurde zum Anlaß einer gesellschaftsweiten Kampagne gemacht) diente der sauberen Trennung von Gut und Böse in der Psychiatrie. Die auf FREUD aufbauenden „subjektivistischen Theorien“ wurden zur wissenschaftlich überholten Irrlehre deklariert und deren Vertreter ausgegrenzt. Die offene deutsche Grenze führte in jenen Jahren auch zu einer gewissen territorialen Aufteilung prominenter Fachvertreter.

Üblich war damals auch die Verknüpfung fachlicher mit politischen Aussagen. In einem Fachaufsatz des Jahres 1953 beschäftigte sich ALEXANDER METTE beispielsweise mit der Frage, ob bei Kleinkindern eine angeborene Grausamkeit vorliege oder nicht. „Die Grausamkeit der Kleinkinder“, so schreibt er, „ist eine Erfindung der modernen spekulativen Psychologie“, wenn man sie einmal beobachten könne, dann spiegele sie „Ausbeutungsverhältnisse“ wieder, „dem schroffsten und bestialischsten Treiben der Machthaber in bestimmten Perioden der Klassengesellschaft, zu denen auch die imperialistische gehört.“

Bei dieser Konstellation war es nicht verwunderlich, daß selbst bei einzelnen Krankheitsbildern eine Zuordnung erfolgte. Der Alkoholismus wurde zum Relikt vorsozialistischer Gesellschaftsformationen, und an Neurosen erkrankten vornehmlich politisch schwankende Personen. Wenn „Wirklichkeitsnähe ein Fundament darstelle, das gegen Neurosen schützt“, so heißt es in der schon erwähnten Zeitschrift 1951, komme man zu der „wohlberechtigten Schlußfolgerung“, „daß die politisch aufgeklärte Arbeiterschaft vor neurosebedingten Konflikten und Regressionen eher bewahrt bleibt als die weltanschaulich schwankenden in Zweifel befangenen Schichten der Bevölkerung.“

Der Begriff „Stalinismus“ ist besonders an jene Jahre geheftet, in denen auch ERNST BLOCH seine berühmte Frage formulierte: „Hat der Stalinismus den Sozialismus bis zur Unkenntlichkeit verzerrt oder bis zur Kenntlichkeit gebracht?“

2. Phase: Die Suche nach Alternativen. (60er Jahre)

Die 60er Jahre bilden den interessantesten und widersprüchlichsten Abschnitt sowohl in der DDR-Geschichte allgemein als auch in der Entwicklung unseres Fachgebiets.

Die nach Stalins Tod einsetzende begrenzte Aufarbeitung früherer Fehler förderte die Suche nach gesellschaftlichen Alternativen. Bedeutete der Bau der Mauer für die Mehrzahl der Bevölkerung eine schmerzhaft Trennung, sahen andere, besonders Künstler und Intellektuelle darin auch eine Chance, einen eigenständigen Weg zu einer gerechteren Gesellschaft zu versuchen. Durch eine feste Grenze gesichert erhofften sie sich ein Mehr an innerer Demokratie und versuchten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, Probleme und Schwierigkeiten anzusprechen und Veränderungen vorzuschlagen. Der auf künstlerischem Gebiet schon 1965 scheiternde Anlauf brachte aber noch die Strafrechtsreform mit Abschaffung des § 175 hervor und führte auch zu Änderungen innerhalb der Psychiatrie.

Im Mai 1963 trafen sich Psychiater und Gesundheitsminister der sozialistischen Staaten in Rodewisch. In den dort verabschiedeten sog. „Rodewischer Thesen“ verbarg sich ein ganzes Sozialprogramm: Therapie statt Bewahrung, Öffnung der Einrichtungen und Abbau der Sicherheitsanlagen, open-door statt Gittern, Aufbau ambulanter Therapieangebote, finanzielle Gleichstellung psychiatrischer Großkrankenhäuser mit den anderen somatischen Kliniken u. v. a. m.

Auf Grundlage dieser Thesen kam es innerhalb der DDR zu spürbaren Veränderungen in vielen der alten psychiatrischen Anstalten. Es bildeten sich spezielle Therapieangebote heraus (offene Stationen für Depressive mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen, Trennung von Akutbehandlungen von Abteilungen mit speziellem Rehabilitationsangebot u. a. m.). Zu einer neuen Regelung der Einweisungsmodalitäten in psychiatrische Einrichtungen führten langwierige Diskussionen im Zusammenhang mit der Strafrechtsreform. Entgegen den Vorstellungen der Juristen setzten die in die Diskussion einbezogenen Psychiater im Einweisungsgesetz vom Juni 1968 durch, daß in den ersten sechs Wochen nach einer Zwangseinweisung gegenüber der Staatsanwaltschaft lediglich eine Informationspflicht bestand, der Arzt ansonsten eigenverantwortlich entschied, Richter und Rechtsanwalt sollten aus der initialen Therapiephase herausgehalten werden, damit von außen ungestört ein tragfähiges Arzt-Patienten-Verhältnis aufgebaut werden konnte. War die Vorbereitung dieser gesetzlichen Regelung noch durch ein gewisses Maß an demokratischer Mitsprache gekennzeichnet, so blieb die Handhabung in der Öffentlichkeit unreflektiert. Die Situation in der DDR änderte sich nach 1968 grundlegend. Die Prager Forderungen nach einem „Sozialismus mit menschlichem Antlitz“ stellte alte Herrschaftsstrukturen in Frage. Der Truppeneinmarsch war die außenpolitische Reaktion der sog. sozialistischen Länder, nach innen verstärkte sich der Mechanismus der Unterdrückung, und unter Hinweis auf eine äußere Bedrohung wurde jede offene Meinungsäußerung

unterbunden, wenn sie kritische Anteile besaß. 1968 begann der zerstörerische Weg der allumfassenden Tabuisierung gesellschaftlicher Phänomene, wenn sie das offizielle ideologische Idealbild hätten stören können. Auch innerhalb des psychiatrischen Fachgebietes fielen bestimmte Daten unter das allgemeine Tabu. Schon 1968 verschwanden die Zahlen der Selbstmordtoten aus dem statistischen Jahrbuch der DDR, da eine hohe Selbstmordrate die heile DDR-Welt hätte in Frage stellen können.

Diese Eingriffe leiten über zur dritten Phase:

3. Phase: Stagnation und Verdrängung. (70er Jahre)

Nach Abbruch aller Reformansätze der 60er Jahre verstärkte Partei und Regierung ihre repressiven Mechanismen, achtete argwöhnisch auf jede kritische Regung und war fortan voll damit beschäftigt, ihre Machtpositionen zuzusichern. Die zunehmende Diskrepanz zwischen Realität und ideologischem Anspruch erzwang die weitgehende Tabuisierung sozial relevanter Prozesse und die Geheimhaltung ungünstiger Daten in Wirtschaft und Umwelt. Das Fehlen sachbezogener Analysen machte auch im Gesundheitswesen Entscheidungen über Neubau, Rekonstruktion, Erweiterung u. ä. von persönlichen Beziehungen und Verbindungen abhängig. Willfährigkeit und Parteibuch schienen notwendig, um dem psychisch Kranken helfen zu können. Tabuisierung im großen wurde durch Heuchelei im kleinen ergänzt. Die beargwöhnte Unehrllichkeit steigerte das Mißtrauen der etablierten Macht und war Anlaß des monströsen Ausbaus der Staatssicherheit. 1976 wurden die sog. „Informellen Mitarbeiter“ angeworben, die verdeckt die wahre Stimmung im Land erforschen sollten.

Die in den westlichen Ländern aus der 68er Bewegung hervorgegangenen sozialpsychiatrischen Ideen und Konzepte fanden über die Fachliteratur oder über persönliche Berichte der ausgewählten „Reisekader“ in jenen Jahren auch Eingang in die DDR-Psychiatrie. Die damit verbundene Gesellschaftskritik mußte allerdings umgeformt werden, um kritische Entwicklungen innerhalb der DDR zu verhindern. Nur in der „kapitalistischen Gesellschaft“, so heißt es in These 4 der Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft aus dem Jahre 1976, stehe die „Umwandlung der menschlichen Beziehungen zwischen Patient und therapeutischem Kollektiv von z.T. noch nebeneinanderstehenden und unabhängig voneinander wirkenden in kontinuierlich und planvoll miteinander arbeitende . . . , Gruppen“ an. Die sozialistische Gesellschaft habe dagegen diesen Idealzustand schon erreicht, und somit zeige sich, „daß das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft' im Grunde erst unter den Bedingungen einer sozialistischen Gesellschaftsordnung wirklich zur Entfaltung kommen kann, weil nämlich erst hier die erstrebte intramurale Demokratie in Übereinstimmung steht mit der Demokratie draußen, der Einbeziehung aller Bürger in Planung, Leitung und Ausübung staatlicher Autorität“. In allen „vorsozialistischen Gesellschaftsordnungen“, so setzte die These 5 hinzu, dominierte die Ausgliederung der Geisteskranken, und „erst in der sozialistischen Gesellschaft kann sich eine wertneutrale und

humanistische Einstellung zum Geisteskranken durchsetzen." Das volle Ausmaß der Kluft zwischen dieser ebenso hehren wie anmaßenden Gesellschaftsidee und den Niederungen der Alltagsrealität erschließt sich erst ganz, wenn man dagegensetzt, daß fast zeitgleich in Berlin aus Anlaß der ‚Weltjugendfestspiele‘ 1973 psychisch Kranke unter Bruch der eigenen Gesetzmäßigkeit als potentielle Störfaktoren „prophylaktisch“ zwangseingewiesen wurden und alle ärztlichen Direktoren vor Staatsfeiertagen die Aufforderung erhielten, an diesen Tagen keine Patienten zu beurlauben oder zu entlassen.

Dabei bleibt unbestritten, daß selbst die von Gesellschaftskritik gereinigten sozialpsychiatrischen Ideen als innerklinisches Instrumentarium progressive Umgestaltungen des Stations- und Krankenhausklimas anregten, die Einführung von Patientendemokratie förderten (Patientenrat, -Vollversammlungen) und die Herausbildung halbstationärer Übergangsbereiche und Patientenclubs ermöglichten.

Zu Grenzen dieser Umgestaltung werden die äußeren undemokratischen gesellschaftlichen Bedingungen. Gewollt oder ungewollt wird dies in der These 4 jener Brandenburger Thesen auch ausgesprochen: „Freiheit und Disziplin im Binnenbereich der psychiatrischen Großkrankenhäuser“, so der Text, „realisieren“ das „sozialistische(n) dialektische(n) Verhältnis(es) von ausgeübter Souveränität und anerkannter Unterordnung“. Es ist eben jene „sozialistische“ Dialektik, die eine ausschließlich apologetische „Souveränität“ der ganz realen „anerkannten“, d. h. bedingungslos anzuerkennenden Unterordnung beordnet.

4. Phase: Systemzerfall. (80er Jahre)

Die Stagnation der 70er Jahre geht nahtlos und zwangsläufig in einen Systemzerfall über, der alle gesellschaftlichen Bereiche erfaßt. Die Unterdrückung aller Reformversuche läßt keine offiziellen Zukunftskonzepte mehr zu. Der gigantische Überwachungsapparat gerät in Widerspruch zu einer sich aushöhlenden administrativen Macht. In Nischen und Randzonen nehmen Bürgergruppen die offiziell verpönten Tabuthemen auf, und auch in der Psychiatrie nimmt die Suche nach einem neuen Selbstverständnis zu:

- war noch 1977 die Resolution von Honolulu in der DDR weitgehend unbeachtet geblieben, so nehmen SPÄTE und THOM 1984 das „Problem ethischer und moralischer Normen des psychiatrischen Handelns in der sozialistischen Gesellschaft“ auf.
- die Aufarbeitung des Themas Psychiatrie im Faschismus stellt vorsichtig auch gegenwärtige Verhaltensnormen in Frage.
- in der Psychotherapie, die bislang ihren psychoanalytischen Anteil mit „dynamisch“ umschrieben hatte, wird auf Individualtherapie zurückgegriffen und im Juli 1989 die Einführung der Psychoanalyse beschlossen.
- in die bislang stark reglementierten ambulanten Versorgungsstrategien werden nunmehr auch Selbsthilfegruppen, anonyme Telefonberatung u. ä. aufgenommen.

Die positiven Einzelaktionen auf dem Boden des Zerfalls staatlicher Autorität können sich jedoch nicht zu einem Gesamtkonzept verbinden, da sie die theoretischen Grundlagen des Staates nicht antasten, den „kollektiven Gehorsam gegenüber einem Tabu“ noch nicht zu überwinden vermögen.

Es gibt jedoch in dieser Phase Anknüpfungspunkte, die nach dem reinigenden Gewitter von 1989/90 bei der Neuformierung der Psychiatrie nicht verloren gehen sollten.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

- Prof. Dr. Otto BACH, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, Dresden
- Prof. Dr. Manfred BAUER, Leiter der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach
- Dr. Heike BERGER, Stellv. Ärztliche Direktorin der Klinik für Neurologie und Psychiatrie Herzberger Straße, Berlin
- Dr. Tilo DEGENHARDT, Ärztlicher Direktor des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie, Rodewisch
- Dr. Michel HEINRICH, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart
- Reg.-Dir. Gerd HOFFMANN, Bundesministerium für Arbeit, Bonn
- Dr. Peter KRUCKENBERG, Direktor der Psychiatrischen Klinik I, Zentralkrankenhaus Bremen Ost, Bremen
- Landesrat Rainer KUKLA, Gesundheitsdezernent, Landschaftsverband Rheinland, Köln
- Prof. Dr. Caspar KULENKAMPFF, Stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Lübeck
- Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Emstal/Kassel
- Prof. Dr. Ursula LEHR, ehem. Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn
- Dr. Herbert LOOS, Klinik für Neurologie und Psychiatrie Herzbergstraße, Berlin
- Dr. Johannes MEYER-LINDERBERG f, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Bonn
- Dr. Peter MROZYNSKI, Jurist, Gauting
- Prof. Dr. Bernd NICKEL, Ärztlicher Direktor der Wilhelm-Griesinger-Klinik, Berlin
- Walter PICARD, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn
- Prof. Dr. Fritz REIMER, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg
- Prof. Dr. Ulrich TRENCKMANN, Leitender Arzt der Hans-Prinzhorn-Klinik, Westf. Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Hemer
- Karl-Dieter VOSS, Dezernatsleiter beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- Eduard WILLIS, Dipl.-Psych., Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg

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

Gemeindenahe Psychiatrie

am 27. 10. 1975 in Stuttgart

Gemeindenahe Psychiatrie

am 8. und 9. 11. 1975 in Mannheim

Gemeindenahe Psychiatrie

am 27. 11. 1975 in Köln-Merheim

zu 1-3: **Tagungsbericht Band 1**, vergriffen

Gemeindenahe Psychiatrie

am 5. und 6. 3. 1976 in Berlin

Was nun nach der Psychiatrie-Enquete?

Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt am
18. und 19.11. 1976 in Frankfurt

Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter

am 2. und 3. 12. 1976 in München

Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich

am 24. und 25. 6. 1977 in Loccum

Rechtsprobleme in der Psychiatrie

am 7. 10. 1977 in Hamburg

dazu: **Tagungsbericht Band 2**, vergriffen

Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht

am 1. und 2.6. 1978 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 3**, vergriffen

Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?

am 14. und 15. 11. 1978 in Hannover/Wunstorf

Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter

am 27. und 28. 9. 1979 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 4**, vergriffen

Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD - fünf Jahre nach der Enquete

am 23. 11. 1979 in Mannheim

dazu: **Tagungsbericht Band 5**, vergriffen

Informationsveranstaltungen zum **Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung** am 31. 1. 1980

Ambulante Dienste in der Psychiatrie

am 13. und 14. 6. 1980 in Hannover dazu:

Tagungsbericht Band 6, vergriffen

Drogenabhängigkeit und Alkoholismus

am 6. und 7. 11. 1980 in Mannheim dazu:

Tagungsbericht Band 7, vergriffen

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**

Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter

am 19. 11. 1982 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 8**, vergriffen

Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung

am 2. und 3. 12. 1982 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 9**

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

am 10. und 11. 11. 1983 in Offenbach dazu:

Tagungsbericht Band 10

Komplementäre Dienste — Wohnen und Arbeiten

am 6. und 7. 7. 1984 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 11

Kinder- und Jugendpsychiatrie — eine Bestandsaufnahme

am 18. und 19. 10. 1984 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 12

Psychiatrie in der Gemeinde — die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts

am 5. und 6. 12. 1984 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 13

Notfallpsychiatrie und Krisenintervention

am 15. und 16. 5. 1986 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 14

Die therapeutische Arbeit psychiatrischer Abteilungen

am 23/24. und 25. 10. 1986 in Kassel dazu:

Tagungsbericht Band 17

Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker - Ein internationaler Vergleich

am 27. und 28. 11. 1986 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 15

**„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

**Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung - von antithe-
rapeutischen zu therapeutischen Strukturen**

am 20. und 21. 6. 1990 in Emstal dazu:

Tagungsbericht Band 18

Von 1975 bis 1982 wurden diese Projekte von der BZgA gefördert, seit 1983 vom
BMJFFG, seit 1991 vom BMG.

Die Tagungsberichte sind kostenlos bei der Geschäftsstelle Aktion Psychisch
Kranke, Graurheindorfer Str. 15, 5300 Bonn 1, erhältlich.