

# Qualität und Steuerung



Senioren-Treff

AUGEN-ÄRZTIN

OBdachLOSEN-HEIM

OBdachLOSEN-INITIATIVE

Belebtes Wohnen

ALTEN-HEIM

TAGES-HEIM

KRANKENHAUS

psych. Abt. Stock Ambulanz PARTIERE

ROB

FRANKLIN

WOHNHEIM

NIEK ZWISCHEN EIN BÜROZENTRUM

CHOR

DIESES HAUS WIRD BESEZT!

Stierentwurf Appartements

Stierentwurf

WORTSCHAFT AUFLÖSUNG

Qualität und Steuerung  
in der regionalen psychiatrischen Versorgung

Herausgegeben von

Volker Kauder

Heinrich Kunze

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 26



# Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung

Tagungsbericht

Bonn, 11./12. November 1998

---

Herausgegeben von

Volker Kauder

Heinrich Kunze

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 26



1999

Rheinland-Verlag GmbH · Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH · Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH Köln 1999  
Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft  
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH  
Abtei Brauweiler, Postfach 2140, 50250 Pulheim  
Alle Rechte vorbehalten  
Redaktion: Karl-Ernst Brill  
Gestaltung: Norbert Radtke  
Satz: rvbg-Satz  
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch · Köln  
Druck: Nettessheim Druck GmbH & Co. KG  
ISBN 3-7927-1810-3

# Männer, Frauen und die Lesbarkeit von Texten

## Redaktionelle Vorbemerkung zur Schreibweise

Von dem Bemühen, bei der Formulierung von Texten durchgängig Männer und Frauen bzw. eine zweigeschlechtliche Schreibweise zu berücksichtigen, wird in aller Regel spätestens dann Abstand genommen, wenn die Lesbarkeit von Sätzen aufgrund von unterschiedlichen Pronomina, Adjektiven usw. sehr erschwert wird, z.B.: „Wie oft sieht die Patientin/der Patient ihre(n)/seine(n) Bezugstherapeuten/-therapeutin.“

Daneben führt die konsequente Berücksichtigung von männlicher und weiblicher Form bei Duden-konformer Schreibweise auch nicht gerade zu einer verbesserten Lesbarkeit, wie z.B.: „Aufgabe des multiprofessionellen Teams – in dem Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Sozialarbeiter/-arbeiterin, Krankenschwester/-pfleger zusammenwirken – ist die ambulante Behandlung und Begleitung von Patienten und Patientinnen.“

Um nun Lesern und Leserinnen derartige Belastungen zu ersparen, finden sich teilweise Vorbemerkungen wie: „Wenn im Folgenden nicht immer alle Berufe, Funktionen und Rollen in beiden Geschlechtern aufgeführt werden, soll damit weder die Bedeutung eines Geschlechts herab- noch heraufgesetzt werden, dieses Verfahren soll lediglich die Lesbarkeit des Textes erleichtern.“

In der Regel läuft „dieses Verfahren“ bislang darauf hinaus, daß ausschließlich die männliche Form verwendet und darauf hingewiesen wird, daß hiermit selbstverständlich auch Frauen mitgemeint sind. Gerade hier ist aber die Geduld vieler Frauen endgültig erschöpft: Es wird eine eigene sprachliche Repräsentanz gefordert, bei der Frauen in der „Muttersprache“ vorkommen und nicht nur „mitgemeint“ sind.

In dieser Tagungsdokumentation wurde nun in den Fällen, in denen eine zweigeschlechtliche Formulierung nicht ohne „Beeinträchtigung der Lesbarkeit“ möglich ist, die weibliche Form gewählt, da es interessant sein könnte nachzuspüren, wie der gelegentliche sprachliche Ausschluß von Männern – die aber selbstverständlich auch hier mitgemeint sind – in diesem Band bei uns Allen ankommt.

Dieses Vorgehen beinhaltet zweifellos keinen Beitrag zur Lösung des skizzierten Problems, ist aber vielleicht ein kleiner Beitrag zur Stärkung des Problembewußtseins.



# Inhaltsverzeichnis

- 9** *Volker Kander*  
Eröffnung und Begrüßung
- 13** *Erwin Jordan*  
Grußwort des Staatssekretäres des Bundesministeriums für  
Gesundheit
- 17** **I. Konzeptionelle Orientierung und bisherige Erfahrung**
- 19** *Niels Pörksen*  
Bedeutung der Steuerung
- 26** *Petra Gromann*  
Steuerung auf der Ebene des Einzelfalls
- 34** *Heinrich Kunze*  
Steuerung des regionalen Angebotes
- 51** *Knut Lehmann*  
Steuerung auf der Finanzierungsebene
- 63** **II. Rahmenbedingungen und Instrumente der Steuerung**
- 65** *Thomas Becker*  
Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung –  
Erfahrungen aus England
- 88** *Peter Mrozynski*  
Steuerungsprobleme im Sozialrecht – insbesondere in der Kranken-  
versicherung
- 121** *Bernd Schulte*  
Möglichkeiten der bedarfsorientierten Steuerung von Sozialleistungen  
unter Berücksichtigung des EU-Rechts
- 144** *Bernhard Scholten*  
Ziele und Methoden der politischen Steuerung auf Landesebene
- 157** *Norbert van Eickels*  
Zur Strategie und Praxis der Steuerung gemeindepsychiatrischer  
Planungs- und Entwicklungsprozesse auf kommunaler Ebene
- 166** *Rose-Marie Seelhorst*  
Stellungnahme aus Sicht der Angehörigen
- 173** *Hans-Jürgen Clausen*  
Stellungnahme aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

- 179** III. Materialien aus den Arbeitsgruppen
- 181** A. Gemeindepsychiatrischer Verbund – Präsentation von Beispielen
- 181** *Christa Widmaier-Berthold*  
Einführung
- 184** Gemeindepsychiatrischer Verbund – Vergleich verschiedener Beispiele
- 191** Psychosoziales Zentrum Schwalm-Eder-Nord
- 194** *Hermann Elgeti*  
Der Sozialpsychiatrische Verbund im Großraum Hannover
- 206** *Rosel Tietze*  
Gemeindepsychiatrischer Verbund Stuttgart
- 208** *Mechthild Böker-Scharnhölz, Andreas Maywald*  
Gemeindepsychiatrischer Verbund Bielefeld
- 212** *Günter Mosch*  
Psychiatrische Versorgung in der Stadtgemeinde Bremen
- 215** *Elisabeth Pflüger-Reifenberger, Martina Rikl, Peter Rasch, Joachim Storck, Joachim Speicher*  
Zukünftige Organisation des außerklinischen und nicht stationären Hilfesystems für psychisch kranke und behinderte Menschen in Mainz
- 222** B. Strukturelle Voraussetzungen für fallbezogene Steuerung
- 222** *Andreas Horn, Ruth, Dietz, Christine Behmenburg, Klaus Fassbauer unter Mitarbeit von Gerbard Holler*  
„Integrative Psychiatrische Behandlung“ („IBP“) – Erste Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung eines vom Alexiander-Krankenhaus Krefeld durchgeführten Modells
- 233** C. Finanzielle Steuerung im BSHG-Bereich
- 233** Zum Stand der Diskussion zur Umsetzung des § 93 BSHG  
*Dieter Stahlkopf, Bernhard Scholten*
- 236** Verzeichnis der Autoren und Autorinnen
- 238** Veröffentlichungen und Informationstagungen der AKTION

## Eröffnung und Begrüßung

**Volker Kauder**

Im Frühjahr letzten Jahres wurden hier im Congress-Centrum die Empfehlungen der Kommission Personalbemessung vorgestellt und diskutiert. Sicherlich waren einige von Ihnen auch dabei. Rechtzeitig zur Tagung war auch die Kurzfassung des Abschlußberichts unter dem Titel 'Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung' erschienen. Die Diskussion während der Tagung zeigte schnell, daß der personenzentrierte Ansatz starke Beachtung und Unterstützung finden würde.

Das Ausmaß der positiven Resonanz und die Geschwindigkeit, mit der zustimmende Stellungnahmen erfolgten, hat uns in der Folge trotzdem angenehm überrascht und erfreut. Natürlich haben wir auch kritische Stimmen gehört. Doch auch sie haben in der Regel nicht der Grundkonzeption widersprochen, sondern Befürchtungen in Detailfragen thematisiert, zum Beispiel die Form der Hilfeplanung. So kommt es, daß wir im Jahr nach der Vorlage der Empfehlungen primär nicht mehr über die Konzeption sprechen, sondern vor allem über ihre Umsetzung. In diesem Zusammenhang sehen wir auch den heutigen Kongreß: Bei der Umstellung auf personenzentrierte Behandlung und Rehabilitation kommt der Frage der Steuerung zentrale Bedeutung zu. Herr Pörksen wird darauf im Anschluß genauer eingehen.

Ich möchte zwei Bereiche nennen, wo die Empfehlungen der Kommission aufgegriffen wurden.

Die Freie Wohlfahrt hat sich wiederholt mit dem personenzentrierten Ansatz befaßt und ihn positiv kommentiert. Bereits im Jahre 1997 haben die Psychiatrie-Fachverbände in einer gemeinsamen Stellungnahme die Nutzung des 'Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans' (kurz IBRP) befürwortet. Diese Empfehlung ist in diesem Jahr erneut ausgesprochen worden.

Der evangelische<sup>1</sup> und der katholische<sup>2</sup> Fachverband haben unter dem Titel 'PPQ - Pro Psychiatrie Qualität' ein 'Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie' vorgelegt, in dem ebenfalls die individuelle Hilfeplanung mit dem IBRP angeraten wird.

---

1 BEB - Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

2 PIC - Fachverband Psychiatrie in der Caritas

Im Sommer diesen Jahres haben die Fachverbände im Zusammenhang mit der Diskussion zum § 93 BSHG eine gemeinsame Erklärung vorgelegt – die sogenannte Kölner Erklärung. Die Erklärung folgt dem Leitsatz „Alle Hilfen durch Einrichtungen und Dienste müssen *personenzentriert* organisiert und gesichert werden.“ In dieser Erklärung werden zum Beispiel folgende Forderungen erhoben:

- die individuelle Hilfeplanung mit dem IBRP,
- die Entkoppelung von Wohnen und Hilfestellung,
- trägerübergreifende gemeindepsychiatrische Verbände, die Versorgungsverpflichtung übernehmen und rechtlich verbindlich organisiert werden
- personenzentrierte Kooperation und Koordination über Verbands-, Träger und Leistungsträgergrenzen hinweg.

Ein erfreulicher Beitrag zur Steuerungsdiskussion.

Als zweites Beispiel möchte ich den 'Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung' unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit benennen. Dieser Arbeitskreis wurde auf Initiative des letzten Gesundheitsministers Seehofer als erste Reaktion auf die Vorlage der Empfehlungen der Kommission Personalbemessung gebildet. Vertreter der Länder und Gemeinden, der Krankenkassen und der Sozialhilfeträger, der Leistungserbringer und der AKTION PSYCHISCH KRANKE konferierten mehrfach – teilweise auch in themenspezifischen Untergruppen.

Im März diesen Jahres gelang im Arbeitskreis die Einigung auf ein 'Diskussionspapier zur Abstimmung in den Ministerien und den beteiligten Verbänden'. In dieser Stellungnahme ist auch dem Thema 'Steuerung' ein Kapitel gewidmet. Darin wird die Problemlage so definiert:

„Klienten werden trotz gesetzlich regeltem Rechtsanspruch auf bedarfsgerechte Hilfe häufig nicht nur von einem *Leistungserbringer* zum nächsten sondern auch von einem *Leistungsträger* zum anderen geschickt.“

Als Ziel wird benannt:

„Am individuellen Bedarf orientierte bedarfsgerechte und nahtlos aufeinander abgestimmte Hilfen durch *personenzentrierte* Abstimmung und Zusammenarbeit

- der beteiligten *Leistungsträger* untereinander und

- der Leistungserbringer eines Versorgungsgebiets (einschließlich der Übernahme der Pflichtversorgung)“

Zwar werden in der Stellungnahme hinsichtlich des Weges zur Erreichung dieses Ziel zahlreiche aus unserer Sicht sinnvolle Schritte beschrieben. Das Papier spricht aber abschließend davon, daß „noch erheblicher Klärungsbedarf von Fragen der Kooperation und Koordination der Leistungsträger und der Leistungserbringer und der Steuerung auf den verschiedenen Ebenen (besteht) ... , die in diesem Arbeitskreis nicht beantwortet werden konnten. *Lösungen in diesen Fragen müssen im weiteren Umbauprozess entwickelt und erprobt werden.*“

Dazu schlägt der Arbeitskreis BMG-geförderte Implementierungshilfen und wissenschaftliche Begleitung vor, die – ich zitiere – „für die Umsetzung des ... Forschungsprojekts ‘Personalbemessung im komplementären Bereich’ erforderlich sind.“

Zu Beginn habe ich bereits erwähnt, daß uns die Reaktionen auf die Empfehlungen der Kommission Personalbemessung gefreut haben. Offensichtlich waren die Problemanalyse zutreffend und die aufgezeigten Lösungswege überzeugend. Trotz der unzweifelhaften Kompetenz der Kommissionsmitglieder können wir jedoch feststellen, daß dies nicht nur an der Treffsicherheit einzelner Experten und Expertinnen liegt. Die Kommission hat aus vielen Quellen geschöpft und in die Empfehlungen ist vieles eingeflossen, was zuvor in den Regionen, in den Verbänden oder anderen Fachgremien als Idee entwickelt oder vielleicht sogar ansatzweise erprobt wurde. Die Kommission hat dies aufgegriffen, weiterentwickelt und zusammengefaßt.

Diese Vorgehensweise hat bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine lange Tradition. Seit in den frühen Siebziger-Jahren die Psychiatrie-Enquete erarbeitet wurde, ist die Aktion immer wieder als Trägerin von Expertenkommissionen bekannt geworden, Kommissionen in denen über die Aktion hinaus stets auch andere Psychiatriereformer und innovative Menschen einbezogen waren. Dies soll auch so bleiben.

Wenn wir heute feststellen, daß bei der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Richtung auf personenzentrierte Versorgungssysteme die Frage der Steuerung im Vordergrund steht, dann folgt daraus, daß auch zu diesem Thema eine breite Diskussion geführt werden muß. Dieser heutige Kongress stellt dabei *einen* Schritt dar. Es wäre

nicht richtig, vom *ersten* Schritt zu sprechen. Dafür haben die Kommission Personalbemessung und andere an der Vorbereitung dieses Kongresses Beteiligte zu viele Vorarbeiten geleistet. Es wird aber sicherlich nicht der *letzte* Schritt sein. Unseres Erachtens sollte wieder eine Kommission und eine Arbeitsgruppe gebildet werden, die die Diskussion und die Entwicklung einige Jahre begleitet, fördert und zusammenfaßt. Wir stehen mit dem Bundesministerium für Gesundheit diesbezüglich in Verhandlung.

Dieser Kongreß soll die Diskussion und weitere Entwicklung fördern, indem die Ebenen der Steuerung dargelegt, Anforderungen aus fachlicher Sicht benannt, Beispiele aktueller Entwicklung skizziert, die rechtlichen Gegebenheiten behandelt und, wo nötig, die aus fachlicher Sicht erforderlichen Gesetzesänderungen vorgeschlagen werden.

Ich hoffe und erwarte, daß damit die weitere Arbeit am Aufbau neuer Steuerungsformen gefördert wird. Ich bin mir sicher, daß damit ein Thema behandelt wird, dem nicht nur im Bereich Psychiatrie zentrale Bedeutung zukommt. Ich wünsche Ihnen und uns viel Erfolg dabei.

# **Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Erwin Jordan**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
ich darf Ihnen zunächst herzliche Grüße der Ministerin überbringen. Heute ist mein erster öffentlicher Auftritt in meiner neuen Funktion. Daß dies der erste öffentliche Auftritt ist, liegt nicht daran, daß die neue Regierung besonders öffentlichkeitsscheu ist – es hat vielmehr damit zu tun, daß wir im Gesundheitsministerium in den letzten Tagen seit der Amtsübernahme durch die Ministerin sehr viel Arbeit in ein Vorschaltgesetz mit dem Namen „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ investiert haben. Dieses Gesetz geht dem eigentlichen Vorhaben, einer umfassenden Reform des Gesundheitssystems, voraus und soll dazu wichtige Grundlagen schaffen.

Es geht bei diesem Gesetz um die – teilweise – Rücknahme von Belastungen für Patienten und Patientinnen im Bereich der Zuzahlungen, gerade auch für chronisch Kranke; es geht um die Stärkung und Wiederverankerung des Solidargedankens in der Gesetzlichen Krankenversicherung und es geht uns darum, durch eine vernünftige Ausgabenbegrenzung in den verschiedenen Sektoren auch die wirtschaftliche Grundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Ich möchte an dieser Stelle – weil ich schon von vielen aus unterschiedlichen Bereichen Kritik an diesem Vorhaben gehört habe – nur feststellen: Wir haben vor, die Zuwächse im nächsten Jahr zu beschränken, nicht aber, die Budgets in den einzelnen Bereichen zu kürzen. Auf diesen Unterschied möchte ich hier besonders hinweisen, weil in der Debatte und den Reaktionen von einzelnen Anbietern doch oft der Eindruck erweckt wird, als ob es ans Eingemachte ginge, als ob es effektive Kürzungen der vorhandenen Mittel gäbe. Das ist nicht der Fall. Ich kann deswegen auch einige Reaktionen nicht ganz nachvollziehen.

Wir werden an unserem Ziel festhalten, mit festen Beitragssätzen und sinkenden Lohnnebenkosten in anderen Bereichen die Voraussetzungen für das Entstehen neuer Arbeitsplätze zu schaffen. Von diesem Ziel werden wir uns auch bei den anstehenden Debatten um die große Gesundheitsreform im nächsten Jahr nicht abbringen lassen.

Was den Krankenhausbereich angeht – dort wird es natürlich auch eine Budgetierung geben – kann ich Ihnen hier sagen, daß die Wirkung der PsychPV von dieser Budgetierungswirkung ausgenommen ist. Die Umsetzung der PsychPV ist also durch diese Maßnahme nicht gefährdet.

Nachdem ein positives Ergebnis des Modellprojektes der Krankenkassen zum Thema Soziotherapie vorliegt, überlegen wir zur Zeit, wie die Soziotherapie im Leistungskatalog verankert werden kann. Ich persönlich habe die Hoffnung auf baldige positive Ergebnisse, die wir dann auch im nächsten Jahr in den Prozeß zur Reform des SGB V einfließen lassen sollten.

Ihre Tagung befaßt sich mit der Frage der Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung – ein Thema, das inzwischen schon ein Dauerbrenner in der Debatte ist und das auch – Herr Kauder hat dies eben angesprochen – in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geleiteten Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Vordergrund steht.

Was den Reformprozeß insgesamt angeht, habe ich den Eindruck, daß die übrigen Akteure des Gesundheitssektors durchaus von einigen Entwicklungen in der Psychiatrie lernen können. Was aus meiner Sicht zu lernen ist, will ich in drei Stichworten beschreiben:

Ich glaube, daß in kaum einem anderen Sektor die *Vernetzung* von ambulanten und stationären Versorgungsformen so weit fortgeschritten ist wie in der Psychiatrie – eine Entwicklung, die in anderen Bereichen erst noch nachgeholt werden muß. Sie können sich daher durchaus als Pioniere fühlen. Ich hoffe, daß die Systeme so durchlässig sind, daß sie das auch gegenseitig wahrnehmen.

Weiter finde ich die *Dialogfähigkeit* unter den Akteuren in der Psychiatrie ausgesprochen bemerkenswert. Ich wünsche mir, daß diese Dialogfähigkeit auch in anderen Sektoren so Platz greift, daß wir damit die vor uns stehenden Reformschritte vernünftig bewältigen können.

Als dritten Punkt möchte ich – bei allen Problemen und Alltagsschwierigkeiten die damit verbunden sind und die ich immer wieder selbst erleben durfte – erwähnen, daß die Psychiatrie es geschafft hat, daß die *Angehörigen* und *Betroffenen*, die *Patientinnen* und *Patienten*, in diesen fachlichen Diskurs integriert sind. Dies auch in den anderen Bereichen des Gesundheitssystems zu erreichen, wird noch einige

Arbeit erfordern. Wenn ich die Diskussion um Patientenrechte und Patientenschutz sehe, so können wir mittlerweile aus der Psychiatrie lernen und dies in andere Bereiche übertragen.

Zum Schluß möchte ich noch eine Vermutung aussprechen: Es mag sein, daß der Stellenwert der Probleme der Psychiatrie im Bundesministerium für Gesundheit nicht immer dem Stellenwert entsprechen hat, den Sie sich gewünscht haben. Das möchte ich nicht abschließend beurteilen. Ich möchte Ihnen an dieser Stelle auch keine billigen Versprechungen für die Zukunft geben. Ich kann Ihnen nur sagen, das muß nicht so bleiben. Ich will Ihnen heute signalisieren: Wir sind an einer Weiterentwicklung einer patienten- und gemeindeorientierten Psychiatrie sehr interessiert. Kommen sie als AKTION PSYCHISCH KRANKE auf uns zu, wenn nächste Schritte nötig werden. Ich hoffe sehr, daß wir mit dem Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE schon Anfang nächsten Jahres bei einem Arbeitsgespräch zusammenkommen und dann über die weitere Zusammenarbeit und auch notwendige Maßnahmen in einem vernünftigen Rahmen reden können.

Für ihre Tagung wünsche ich ihnen viel Erfolg, uns zusammen viel Kraft und auch die nötige Freude für den Kampf um eine bessere Psychiatrie.



# **I. Konzeptionelle Orientierung und bisherige Erfahrung**



# **Bedeutung der Steuerung**

**Niels Pörksen**

Das große Interesse an dieser Tagung zeigt, daß wir Gesprächs- und Handlungsbedarf in der Steuerung gemeindepsychiatrischer Versorgung haben.

Die Zeiten, in denen Angebote den Bedarf bestimmten, Angebote in Standard-Versorgungsgebieten – wie die Psychiatrie-Enquete Mitte der 70er Jahre noch prognostizieren konnte – die Deckung des Bedarfs regeln wird, sind vorüber.

Inzwischen ist die Versorgungslandschaft ins Rutschen gekommen, weil sie unübersichtlich geworden ist, weil die schöne Übersichtlichkeit stationärer Langzeiteinrichtungen überwunden wurde, weil in die Landschaft der mühsam stabilisierten Partnerschaft zwischen öffentlicher und privater Wohlfahrtspflege der freie Markt eingedrungen ist; Marktradikalität aber – wie es die Diakonie nennt – den Starken und Mächtigen stärkt und damit der Orientierung an den Schwachen entgegensteht.

In dieser Situation kommt nun auch noch die AKTION PSYCHISCH KRANKE mit ihrem personenbezogenen Ansatz und bringt im Verein mit den sozialpolitischen Entwicklungen, im Gefolge der Umsetzung des § 93 BSHG, Unruhe oder Unordnung in die berechtigten Forderungen, den bunten Strauß in der gemeindepsychiatrisch orientierten Behindertenhilfe doch bitte übersichtlich zu gestalten, zumindest zu bündeln.

Da entstehen Bundesrahmenempfehlungen – und werden verworfen –, Landesrahmenempfehlungen, die einmal ganz genau und präzise, dann wieder allgemein und scheinbar beliebig wirken. Und in all dem Ganzen, der Vielfalt der unterschiedlichen und widersprüchlichen Interessenlagen, den Mängeln unseres gegliederten Systems der sozialen Sicherung, in dem die reine Lehre der Zuständigkeiten herrscht, sind bislang Forderungen nach Komplexleistungen und Mischfinanzierung gescheitert.

Wer die Flut der Publikationen aus der Sicht der Wohlfahrtsverbände, der Einrichtungsträger, des Städtetages, der gemeindepsychiatrischen Anbieter, der Sozialpolitikerinnen usw. liest, der könnte zu der Erkenntnis gelangen, daß in dieses Chaos doch die ordnende Hand des Gesetzgebers mit klaren Sicherstellungsregelungen, Finanzierungsregelungen, Qualitätsstandards, Leitlinien, Case-Management-Richtlinien usw., eingreifen müßte.

Vielleicht aber liegt in der vor uns liegenden Vielfalt auch die Chance, vorhandene Kreativität nicht vorzeitig zu verspielen. Vielleicht ist es des Schweißes von uns allen wert, nicht zu schnell nach einheitlichen, paßgenauen, standardisierten Lösungen zu rufen, die den Menschen, um die es geht, nicht gerecht werden würden.

Von daher lohnt sich die Tagung, lohnt sich der Blick über den Tellerrand in die Nachbarschaft, ins Nachbarland – oder tief in die eigene Gemeinde.

Diese beiden Tage sollen uns weiterhelfen, die Vielfalt als Chance und nicht als vermintes Gelände zu begreifen.

### **Steuerung: Eine Erfahrung „vor Ort“ – Teil I**

Doch wie es einem ergehen kann, wenn man es ernst nimmt vor Ort mit der Steuerung, dazu ein aktuelles Beispiel aus meinem eigenen Arbeitsfeld:

Als sich vor vier Jahren in der Stadt Bielefeld ein rot-grünes Bündnis als Ergebnis der Kommunalwahl gründete, stand die Forderung noch einem Psychiatrieplan in der Koalitionsvereinbarung.

Der Psychiatrie-Beirat – mit ersten Umsetzungsideen beauftragt – warnte vor einem großen neuen Psychiatrieplan, weil die Kommune mit dem kiloschweren Altenhilfeplan bereits in die Sackgasse hineingeraten war.

Also konzentrierten wir uns auf die Versorgungsbereiche, die bisher in der Kommune Bielefeld nicht angemessen geregelt erschienen: der Gemeindepsychiatrische Verbund und die kommunalen Aufgaben in der Hilfe für chronisch Alkoholabhängige und Wohnungslose.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuß stimmte diesem Vorhaben zu und beauftragte den Psychiatrie-Beirat, Umsetzungsvorschläge vorzubereiten.

Träger gemeindepsychiatrischer Versorgung trafen Vereinbarungen mit der Zielsetzung, für die Stadt Bielefeld stadtteilbezogen die Elemente des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aufzubauen und im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung Pflichtversorgung verbindlich zu regeln.

Der Prozeß ist mühsam. Über Marktanteile, Einflußfelder, Verantwortlichkeiten, über die Definition von Pflichtversorgung wird gestritten. Der Einigungsprozeß ist schwierig, gelingt allerdings auch mit Hilfe der Moderatorin Petra Gromann, die hier nach mir sprechen wird.

Für die chronisch Suchtkranken setzte der Sozial- und Gesundheitsausschuß eine Steuerungsgruppe ein, in der je ein Vertreter des Amtes für Wohnungsförderung, für Soziale Dienste, des Gesundheitsamtes sowie Vertreter der Wohnungslosenhilfe Bethel und der Vorsitzende des Psychiatrie-Beirats zusammenwirken.

Beide Gremien – der Gemeindepsychiatrische Verbund und die Steuerungsgruppe – organisierten sich und kommen dem Auftrag nach.

In der Zwischenzeit – seit ein bis zwei Jahren – sind weitere Träger auf dem Markt erschienen. Einer dieser Träger tritt an mit der Aussage: Es bedarf überhaupt keiner Regelung. Die einzelne Betroffene, jede Behinderte, hat einen individuellen Rechtsanspruch; den muß sie angemessen geltend machen. Nur Trägervereine dürfen in Frage kommen, die im Auftrag von Betroffenen tätig werden, um deren individuellem Rechtsanspruch zu genügen.

Dieser Verein trifft nun auf eine Expertin im Sozialamt, die den Wunsch hat, die Preise niedrig zu halten, und die die Chance wittert, über die Preise den Markt zu öffnen, den Gemeindepsychiatrischen Verbund und die dort getroffenen Vereinbarungen zu unterlaufen und alles dem Markt zu überlassen oder selbst über den Markt zu steuern. Der sich auf den individuellen Rechtsanspruch berufende Trägerverein stellt sodann im September 1998 den Antrag an den Rat der Stadt Bielefeld, den Gemeindepsychiatrischen Verbund aufzulösen.

In der anschließenden Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses werden diejenigen, die mit der Organisation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes beauftragt wurden, mit der Frage konfrontiert, ob sie sich an der Pflichtversorgung orientieren wollen oder doch nur ein Anbieterkartell bilden.

Soweit meine Eingangsgeschichte, die leider deutlich macht, daß die Steuerung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ganz offensichtlich nicht so einfach zu regeln ist, wie man sich dieses vorstellen könnte.

### **Warum muß Steuerung sein?**

Es gab eine Zeit, in der psychisch Kranke stationär in Langzeiteinrichtungen untergebracht wurden.

Da war alles einfach: Man legte sich in das Bett einer Einrichtung und alles war geregelt – die unbequemen Fragen nach Zuständigkeiten, nach Komplexleistungen schienen unbekannt.

Mit den sozial- und gemeindepsychiatrischen Vorhaben der Enthospitalisierung sehen wir uns nun einem Dschungel an vielfältigen Diensten und Einrichtungen gegenüber. Die Kommunen haben zu Recht das Gefühl, den Überblick zu verlieren, daß ihnen die Preise weglaufen, weil der Bedarf scheinbar unbegrenzt ist. Wen könnte man alles noch in das Betreute Wohnen integrieren?

In allen Phasen der Psychiatriereform – während der Enquete, während der Modellphase, im Kosten- und Finanzierungsausschuß, im Experten-Bericht und jetzt bei der klaren Forderung nach Komplexleistungen durch den personenzentrierten Ansatz – ist versucht worden, die Komplexität in der Realisierung des Prinzips „ambulant vor stationär“ auf kommunaler Ebene steuern zu können.

Was geblieben ist, ist die Widersprüchlichkeit der Steuerungselemente. Einige möchte ich davon noch kurz aufzählen:

- Der Rechtsanspruch der Einzelnen ist zweifellos vorhanden, sie kann ihn notfalls gerichtlich einklagen.
- Die Kommune ist zur Daseinsvorsorge verpflichtet und zur Planung, Koordination und Steuerung. Sie fordert deshalb auch Kriterien, nach denen die in ihr lebenden Bürgerinnen angemessen versorgt werden, ohne daß die Kosten davonlaufen.
- Für die am stärksten Betroffenen muß es so etwas wie Pflichtversorgung geben, damit nicht nur auf dem freien Markt die Personen mit den geringeren Risiken ausreichend Hilfe erhalten und die am stärksten Betroffenen auf der Strecke bleiben, nicht selten in Obdachlosen- und Notunterkünften.
- Ein weiterer Faktor: Noch gilt das Subsidiaritätsprinzip, auch wenn kommunale und marktorientierte Träger ihre berechtigten Ansprüche geltend machen.
- Insgesamt bedarf es angemessener Qualitätskriterien, wer sorgt dafür?
- Wenn wir nicht weiterhin alles auf der Basis von Heimunterbringungen lösen wollen, dann muß es in diesen Spannungsfeldern angemessene Formen von Mischfinanzierung geben. Anders läßt sich ambulante Komplexleistung multiprofessionell in der Gemeinde nicht realisieren. Rein additive Ansätze, wie sie zur Zeit an einigen Orten entstehen, lösen nach meiner Einschätzung die offenen Fragen nicht. Sie verteuern aber das System.

(Ein Beispiel: eine neu eröffnete Tagesstätte erhält ein niedriges Pauschalbudget mit der Genehmigung, sich noch über ambulante Ergotherapie oder andere Zusatzleistungen Budgetaufbesserungen einzukaufen).

Nur nebenbei: Die Polen, die gerade dabei sind, unser gegliedertes System zu übernehmen, haben sich dem Grundsatz der Mischfinanzierung weiterhin verpflichtet, um nicht in unser Chaos hineinzugeraten. Hoffentlich halten sie das durch!

Muß es als Ausweg nicht so etwas geben wie Rahmenverträge und Aufnahmebesteuerung, individuelle Behandlungs- und Hilfeplanung, Abkoppelung von Hilfe und Wohnen, angemessene örtliche und überörtliche Beteiligung?

Sie merken, daß wir uns in einem Spannungsfeld bewegen, in dem jede Argumentation notwendigerweise bei dem Ergebnis landet, daß Patentlösungen nicht denkbar und einfache Wege offenbar nicht möglich sind.

### **Steuerung: Wie und nach welchen Kriterien?**

1. Gemeindepsychiatrie und Selbstverwaltung läßt sich nicht normativ regeln. Damit müssen wir uns abfinden.
2. Psychiatrie ist notwendiger multiprofessionell und komplex. Deshalb landet sie konsequenterweise auch bei der Sozialhilfe, weil nur dort der umfassende Hilfsanspruch im Rahmen der Eingliederungshilfe, mit der Zielsetzung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, gewährleistet wird.
3. Wie in der psychiatrischen Behandlung müssen wir uns darauf einlassen, daß wir nicht einfach organisieren und regeln können, sondern wie in der Therapie verhandeln und aushandeln müssen. Es gilt also weder das Diktat des individuellen Rechtsanspruches mit der angedrohten Klage, noch das Anbieterkartell, noch die freie Marktsteuerung über die Preise.
4. Das System muß sich flexibel anpassen an sich ändernde Verhältnisse. Das gegliederte System der sozialen Sicherung erfordert aber klare Zuordnungen und Abgrenzungen und tendiert daher zur Starrheit. Wie sich das regeln läßt, ist mir noch unklar.
5. Und selbst auf der Ebene der Sozialhilfe gibt es bisher nur wenig Ansätze zu einer Mischfinanzierung. Im Gemeindepsychiatrie-

schen Verbund hier im Rheinland erfolgt die Finanzierung des betreuten Wohnens im Verhältnis 75:25 – also zu drei Vierteln durch den überörtlichen Träger, zu einem Viertel durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe. Damit sind beide – überörtlicher und örtlicher Träger – gemeinsam im Boot und profitieren davon, wenn Alternativen zur Heimunterbringung gefunden werden.

Ganz anders der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der sich konsequent auf seine Zuständigkeit für stationäre Einrichtungen konzentriert und lieber zuläßt, daß dezentrale Heimunterbringungen bis hin zur Einzelwohnung im Heim akzeptiert wird, anstatt sich auf eine Mischfinanzierung einzulassen,

6. Aus der übergeordneten Zielsetzung der Eingliederungshilfe – der Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – ergibt sich auch die Notwendigkeit, sich nicht auf Einzelmodule alleine zu konzentrieren, die man dann jeweils bestimmten Kostenträgern zuordnen könnte. Also Vorsicht bei der integrativen Behandlungs- und Hilfeplanung – und nicht auf ein Glatteis schlittern mit computergesteuerten Modulvarianten. Das ist zwar faszinierend, aber nicht ungefährlich, weil die Person auf der Strecke bleibt! Wir erleben dies bei der derzeitigen Entwicklung von Leistungs- und Rahmenverträgen bei der Umsetzung nach § 93 BSHG vor allem in Einrichtungen, bei denen sehr komplexe Formen der Betreuung – wie in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel – seit Jahrzehnten entwickelt worden sind. Hier ist die Gefahr der Reduzierung von Menschen in modulhafte Bestandteile und Normhaftigkeit am dramatischsten sichtbar.
7. Bei aller Chaotik sollten wir darauf dringen, daß die Kommunen die Planung und Steuerung verantworten, aber die Länder die Rahmenrichtlinien vorgeben.

### **Steuerung: Eine Erfahrung „vor Ort“ – Teil II**

In der Sitzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Anfang Oktober 1998 in Bielefeld erschienen auf Einladung die Vertreter der Fraktionen aus dem Sozial- und Gesundheitsausschuß der Stadt.

Der Vorsitzende, als Sozialpolitiker und Mitglied der Landschaftsversammlung mit der Materie vertraut, gab folgende Erklärungen ab:

- Wir erwarten von der neuen Bundesregierung ein Bündnis für Arbeit, welches auch funktioniert.

- Lassen Sie uns hier in Bielefeld ein Bündnis für die gemeindepsychiatrische Versorgung vor Ort bilden.
- Die Kriterien sollten von Politik und Verwaltung festgelegt werden, vor allem die Kriterien für die Pflichtversorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund.
- Lassen Sie uns Leistungsverträge aushandeln, in denen Qualitätskriterien und Elemente des Gemeindepsychiatrischen Verbundes verbindlich geregelt werden.
- Hilfestellung erwarten wir uns von der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE in Bonn.  
Soweit zum Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Zur niedrigschwelligen Versorgung chronisch alkoholabhängiger Menschen in Bielefeld liegt dem heute Nachmittag tagenden Sozial- und Gesundheitsausschuß ein Konsenspapier der Steuerungsgruppe vor, mit dem sich auch die Verwaltungsspitze identifiziert.

In diesem Papier werden aus kommunalen Mitteln im kommenden Jahr Komplexangebote mit Kontaktstellen, Tagesaufenthalt und Notschlafstellen sowie Einfachstwohnungen für Frauen und Männer realisiert und vorhandene Angebote entsprechend neu geordnet.

Dies alles geschieht in enger Zusammenarbeit mit dem aufsuchenden Gesundheitsdienst. Hier realisiert sich ein Komplexangebot im wesentlichen im Rahmen der Daseinsvorsorge.

### Ausblick

Gemeindepsychiatrie ist vor allem „Chronisch-Kranken-Psychiatrie“. Will man diesen Menschen gerecht werden, so lassen sich komplexe ambulante Versorgungsangebote nicht ohne die Beteiligung von verschiedenen Kostenträgern und Leistungserbringern realisieren. Das vor Ort auszuhandeln ist offenbar sehr viel mühsamer, als wir uns dies vorstellen können.

Ich wünsche uns allen, daß wir morgen Abend zuversichtlich und voller Umsetzungsideen nach Hause fahren. Da es keine Patentlösung gibt, gibt es auch – je nach Lage der Dinge – unterschiedliche Lösungen in den jeweiligen Kommunen und Landkreisen. Der mühsame Weg und das Bohren dicker Bretter bleibt uns offensichtlich auch in Zukunft nicht erspart.

## **Steuerung auf der Ebene des Einzelfalls**

**Petra Gromann**

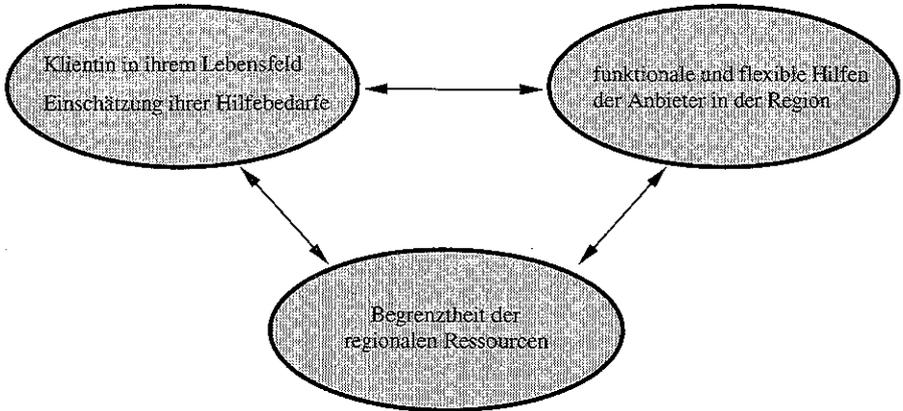
Ziel einer regionalen Steuerung auf der Ebene des Einzelfalles ist die Optimierung der Hilfen im Einzelfall. Dieser Satz hört sich ganz gut, aber genauso abstrakt an wie vergleichbare Aussagen zur Verbesserung von Qualität.

Optimierung – was bedeutet das? Zunächst wohl erst einmal, der Klientin das bestmögliche Angebot an psychiatrischer Hilfe zu ihrer Rehabilitation und/oder Stabilisierung zukommen zu lassen. Dem werden wahrscheinlich alle hier Anwesenden zustimmen. Aber Vorsicht, diese Aussage ist trügerisch: Sie geht davon aus, daß die „guten“ Fachleute wissen, was für ihre Klientinnen richtig ist und sie geht davon aus, daß die Angebote an sich optimiert werden können, also z.B. das Tagesstättenangebot verbessert werden muß. Ich behaupte, daß dies der Stand des gegenwärtigen „regionalen“ Bewußtseins ist.

Dieser Stand zeigte sich mir auch bei einer vergleichenden Untersuchung von drei eher ländlichen psychiatrischen Regionen mit sehr unterschiedlichem Grad regionaler Zusammenarbeit. Als gemeinsamer Nenner von Überzeugungen der Verantwortlichen in der Region zur Einschätzung der Lage psychisch kranker Menschen in ihrer Region bleibt übrig: Es fehlen insgesamt Angebote und bestimmte Gruppen von Patientinnen/Klientinnen sind derzeit nicht „richtig“ behandelt/betreut. Optimierung für einen Klienten kann so natürlich nur als Ausweitung des Angebotes verstanden werden.

Dieses regionale Bewußtsein weckt natürlich begründete Begehrlichkeiten, möglichst die „eigenen“ Angebote auszubauen; diese Begehrlichkeiten werden mit immer neuen „Sparzwängen“ in Schach gehalten, obwohl insgesamt für den Bereich immer noch steigende Mittel aufgewendet werden. Die vorhandene Steuerung begrenzt natürlich die Platzzahlen und führt so zu einer Konkurrenz von Klientinnen um die passenden Plätze mit all den Folgen von Unter- und Überversorgung wie dem Ausweichen in andere Regionen.

Wenn Optimierung auf der Ebene des Einzelfalles also etwas Anderes bedeuten soll (und damit auch den gegenwärtig nicht eingelösten gesetzlichen Anspruch auf Erstellung eines koordinierten Hilfeplanes z.B. nach § 46 BSHG verfolgt), dann müssen wir die Situation als Dreiecksverhältnis betrachten:



Optimierung der Rehabilitation im Einzelfall würde dann einen gemeinsamen Prozeß bedeuten. Aufgabe wäre langfristig die für die jeweilige Klientin „passenden“ Hilfeleistungen zusammenzustellen, verbindlich abgestimmt mit der Klientin selbst, orientiert an ihrem jetzigen oder gewünschten Lebensfeld, koordiniert und begleitet durch die Mitarbeiterin vor Ort, mit der bereits eine gelungene Beziehung aufgebaut werden konnte.

Dieser Prozess muss verbindlich nicht nur den Hilfebedarf, sondern auch die eingesetzten Ziele und Mittel dokumentieren und wird damit auch extern nachvollziehbar; ein Standard in der Erstellung von Hilfeplänen ist überprüfbar, die gelungene Einschätzung von Hilfebedarfen jedoch nur am Erfolg der Maßnahmen – d.h. im Nachhinein – wirklich zu beurteilen.

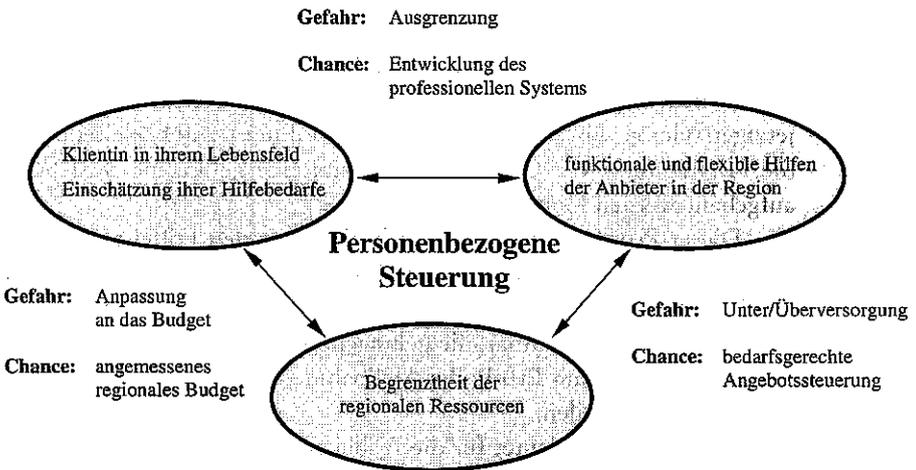
Optimierung bedeutet für die Anbieter in den verschiedenen Hilfefunktionen (z.B. Arbeit, Behandlung, Selbstsorge/Wohnen, ambulante Behandlung und Begleitung) auch weiter gute fachliche Arbeit im Rahmen eines verlässlichen Teams zu leisten; nur ist die Optimierung jetzt nicht auf „ihr“ Angebot gezielt sondern auf die zuverlässige Erbringung unterschiedlich angepaßter Hilfen.

Die Steuerung der bewältigbaren Probleme der jeweiligen Einrichtungen durch Ausgrenzung bestimmter Problemklientinnen kann nur regional begegnet werden: durch eine verbindliche Belegungskonferenz für schwierig zu versorgende Patientinnen/Klientinnen.

Optimierung kann aber nur funktionieren, wenn auch die Grenzen klar sind:

Ohne die Grenze des Versorgungsauftrages wird die Region zum flurbereinigten Ort erträglicher psychischer Abweichung; die Grenze der finanziellen Ressourcen macht schmerzlich den gesellschaftlichen Stellenwert des Hilfesystems deutlich, die Grenzen des regional vorhandenen Könnens sind gegenwärtig noch weitgehend unbekannt. Dabei entsteht hier ein Spannungsverhältnis zwischen den vorhandenen Ressourcen und den damit nicht lösbaren Problemen für konkrete Einzelfälle. Der dann zu benennende regionale Bedarf hat also eine konkrete Grundlage in nicht optimal versorgten Klientinnen/Patientinnen.

Um meine Ausführungen noch etwas deutlicher zu machen, eine Ergänzung zu den Chancen und Problemen der Verhältnisse im vorgestellten Dreieck:



### **Der Bedarf an psychiatrischen Hilfen muß personenbezogen definiert werden**

Zur Optimierung muß also der Bedarf an psychiatrischen Hilfen personenbezogen definiert werden, und zwar ausdrücklich nicht nur definiert an den sogenannten Defiziten, den Fähigkeitseinbußen der Klientinnen; auch nicht nur definiert an den Bedürfnissen der Klientinnen, auch nicht nur definiert an einem durchschnittlichen Begriff von Lebensqualität, obwohl alle diese Sichtweisen eine gewisse Berechtigung bei der Ermittlung von Hilfebedarfen haben.

Die „Passung“ von Hilfebedarfen ist im wesentlichen ein Prozeß, der gewonnene Erkenntnisse immer wieder neu umsetzen muß. Er muß abgestimmt sein mit der Betreffenden (Optimierung der Ziele), er muß die Hilfen in Abhängigkeit vom konkreten Lebensfeld bzw. vom gewünschten Lebensfeld sehen (Optimierung der Mittel – wie abhängig der Hilfebedarf von professionell gestalteten Milieus ist, wurde eindrücklich bei den Enthospitalisierungsprozessen deutlich), er muß die gegenwärtigen Beeinträchtigungen und Ressourcen der Person und in ihrem Umfeld ermitteln (Ermittlung der Ist-Standes) und aus diesen einen Hilfebedarf ermitteln, der verantwortlich koordiniert, auch von verschiedenen Anbietern erbracht werden kann. Diese Koordination darf nicht nur eine additive sein, die die Begleitung der Klientin in den Mittelpunkt stellt. Integrierte Komplexleistung meint sowohl die verantwortliche und möglichst kontinuierliche Begleitung einer Klientin wie eine auch inhaltliche Integration und Abstimmung, d.h. eine gezielte Arbeitsabsprache der Beteiligten.

Aus dem Spannungsfeld dieses Hilfebedarfes, der gezielten Integration der erbrachten Hilfen im Einzelfall (Case-Management) und den konkret verfügbaren Ressourcen in der Region ergibt sich die personenbezogene Steuerung von Hilfen.

Eine Bedarfsfeststellung, die sich lediglich auf die Beeinträchtigungen der Person bezieht, verfehlt hier wichtige Qualitäts- und Optimierungsebenen, schreibt den „StatusQuo“ der Bedingungen vor Ort fest. Da sich zudem unsere Einschätzung der „Schwere“ eines Falles immer an konkreten Vergleichen festmacht, kann mit einem solchen Verfahren zuverlässig nur die Stufung der Bedarfe innerhalb der eigenen Einrichtung wiedergegeben werden.

### **Hindernisse auf der konkreten Arbeitsebene**

Was sich eben noch so schön anhörte: Aus dem Spannungsfeld der Hilfebedarfe Einzelner und den konkret verfügbaren Ressourcen der Region ergibt sich die personenbezogene Steuerung von Hilfen – diese Aussage erweist sich im jetzigen System psychiatrischer Versorgung als utopisch.

Es gibt eine Vielzahl von Hindernissen, die gegenwärtig eine personenbezogene regionale Steuerung schwierig machen. Neben den organisatorischen Hindernissen, auf die Herr Kunze, und den Hindernisse auf der Ebene der Finanzierung, auf die Herr Lehmann später

eingehen werden, gibt es auch auf der Ebene der verbindlichen Kooperation im Einzelfall erhebliche Hemmnisse. Der Unterschied ist jedoch, das diese von einigen Regionen bereits erfolgreich angegangen werden konnten, und auch von einzelnen Einrichtungen und Diensten gut bewältigt werden.

Was sind jetzt diese Hindernisse – zunächst auf der Ebene der verbindlichen Erarbeitung von individuellen Rehabilitations- oder Behandlungsplänen.

Neben der Scheu, direkt mit den Klientinnen/Patientinnen Ziele der Behandlung/Begleitung auszuhandeln, die eigene Einschätzung der Situation und der Möglichkeiten aufzuzeigen und zu präzisieren (woran werden wir in einem halben Jahr erkennen, daß das Ziel erreicht ist?) spielt die Angst, wieviel Zeit eine so genaue und wiederholte Verhandlung/Dokumentation erfordert auf der Ebene der Mitarbeiterinnen eine wichtige Rolle.

Diese Art zu arbeiten und vor allem die Einigung auf eine Dokumentation, die vergleichbar ist, macht die eigene Arbeitsweise transparenter und ermöglicht auch über die Grenzen der eigenen Einrichtung hinaus die Diskussion der Sinnhaftigkeit von erbrachten Leistungen. Die Angst vor Kontrolle, die Idee, die eigene Beziehungsarbeit als letztes Refugium vor dem Spardiktat zu retten, das Einigeln in der eigenen vermeintlich überlegenen Fachlichkeit sind als Gegenreaktionen verständlich. Dennoch sind auf der Ebene der mitarbeiterbezogenen Kooperation die Erfolge dieser veränderten Arbeitsweise direkt umsetzbar und schnell greifbar: Die Erfolge der eigenen Arbeit werden nachvollziehbarer, genaue Absprachen in der Art der Zusammenarbeit und der Arbeitsverteilung sparen Zeit, auch wenn noch keine verbindliche Koordination über die Grenzen der eigenen Einrichtung erreicht werden kann.

Große Schwierigkeiten macht in der Alltagspraxis die verbindliche Festlegung der Arbeitsteilung der erarbeiteten Hilfen: Es braucht dazu einen wirklich guten Überblick über die eigenen Möglichkeiten und die Ressourcen anderer Anbieter. Unverbindliche Kooperation ist derzeit üblich, aber wenn ich verbindlich koordiniere, muß ich anderen Professionellen auch über die Grenzen meines Teams „hineinreden“. Dieses Hineinreden kann das Bestehen auf getroffenen Vereinbarungen beinhalten, aber auch die Veränderung von Absprachen, wenn etwa eine Krise dies erfordert. Gleichfalls

entstehen hier Konflikte, wenn etwa auf der Übernahme der Case-management-Funktion für die Klientin – etwa durch Mitarbeiterinnen der Klinik – bestanden wird, oder umgekehrt, wenn hier bei einer akuten Krise die Verantwortung nicht mehr an die Klinik allein abgegeben wird.

Gleichermaßen muß sich ein Dienst oder eine Einrichtung aber auch an die koordinierende Mitarbeiterin „außer Haus“ wenden, wenn etwa Absprachen oder Vorgehensweisen mit der jeweiligen Klientin grundsätzlich verändert werden sollen.

Diese „Grenzüberschreitung“ ist derzeit nicht üblich; ist aber nötig, wenn es wirklich zu einer Optimierung der Steuerung kommen soll.

### **Hindernisse bei der Zusammenarbeit verschiedener Träger**

Neben der Veränderung im Selbstverständnis der jeweiligen Mitarbeiterinnen – das ja durch die vielerorts bereits seit einigen Jahren durchgestandene konflikthafte Bearbeitung des multiprofessionellen Teammodells schon gut vorbereitet ist –, stoßen wir hier auf die Grenze des Selbstverständnisses der eigenen Organisation, der Identität des eigenen Systems.

Bei meiner schon zu Beginn erwähnten Untersuchung zu regionaler Kooperation wird deutlich, daß die Aussagen zum Selbstverständnis des eigenen Systems, insbesondere in den Regionen mit geringer Kooperation, sehr weit auseinandergehen; dabei aber gleichzeitig einige Anknüpfungspunkten für eine verbindlichere Kooperation bieten würden.

Es gibt aber – trotz vorhandener Gremien – keine Entwicklung hin zu einer gemeinsamen Steuerung der Ressourcen.

Diese stagnierende Situation, in der auf der „Beziehungsebene“ der jeweiligen Mitarbeiterinnen gut und produktiv für manche Klientinnen kooperiert wird, aber ein Lernen hin zu einer Weiterentwicklung der eigenen Arbeitskonzepte unterbleibt, weil die unpassenden Klientinnen schnell außer Sicht geraten, ist ein großes Hindernis für eine personenbezogene Steuerung. Das gemeinsame Lernen an den eigenen Erfahrungen mit gezielten Hilfen, die Erfahrungen der Klientinnen gehen so ständig verloren. Diese sind jedoch, wenn die Erfahrungen mitteilbar werden – ich betone hier nochmals das Erfordernis

einer gemeinsamen Dokumentation – der Motor für eine personenbezogene Regionalentwicklung.

Vom Kopf auf die Füße stellen – auch das ist der Ansatz einer personenbezogenen Steuerung. Die Realität der Kooperation auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen und Dienste ist von großer Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Natürlich können große Einrichtungen oder auch die Organisationen mit besonderen Funktionen – etwa die klinischen Einrichtungen – mit größeren Ressourcen aufwarten als andere; sie haben aber auch mit besonderen Problemen der Flexibilität zu kämpfen. Kleine und überschaubare Organisationen sind dennoch überhaupt nicht gefeit davor, an den Bedarfen der Klientinnen vorbei ihr eigenes Selbstbild zu kultivieren.

Zu einer Steuerung der vorhandenen Ressourcen kann es jedoch nur sachgerecht kommen, wenn diese in die Anforderungen des Einzelfalles übersetzt werden.

Es geht dabei nicht um Plätze, sondern im Wesentlichen um personelle Ressourcen, um Zeit und Inhalte der erforderlichen Hilfen.

Aus diesem Grund ist die Übersetzung in verfügbare und erforderliche Zeiten für den Einzelfall so wichtig; nur die Verteilung der Arbeitsaufgaben ohne eine Festlegung der voraussichtlich nötigen Zeiten reicht nicht aus. Es gibt ja in allen vorhandenen Einrichtungen und Diensten Mitarbeiterinnen, die grundständige Aufgaben von Rehabilitation, Begleitung und Beratung leisten können.

Wesentliche Hilfen für die personenbezogene Steuerung sind also die Vereinheitlichung der Dokumentation, die verbindliche Koordination, die Einschätzung der Hilfebedarfe als lebensfeldbezogenem Prozeß wie die trägerübergreifende Auswertung der Erfahrungen. Wichtigstes Element der dann voranschreitenden Steuerung auf der Ebene des Einzelfalles können dann auch der gezielte Einsatz der vorhandenen Ressourcen und die Einschätzung eines regionalen Bedarfes werden.

Personenbezogene regionale Steuerung kann also hier und heute begonnen werden und ermöglicht bereits bei nur einzelnen Mitarbeiterinnen, die die Methode der Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) einsetzen, eine deutliche Verbesserung der Hilfeplanung für anfordernde Klientinnen, die langfristig Hilfen aus verschiedenen Funktionsbereichen (z.B. Selbstsorge, sozialpsychiatrische Grundversorgung und Tagesstruktur) benötigen.

Soll dieser Prozeß jedoch weitergehen, setzt er ein Bewußtsein bei den Trägern der Dienste und Einrichtungen voraus. Dieses Bewußtsein ist gegenwärtig nur bei wenigen Trägern vorhanden, durch eine Bündelung der Ressourcen in der Region zu einer „Value Adding Partnership“ – also einer Wert hinzufügenden Partnerschaft mit anderen Organisationen – zu kommen. Dominant ist noch die Idee, aus den eigenen Ressourcen und ggf. guter Zusammenarbeit mit der Klinik Angebotserweiterungen durchzusetzen und/oder durch den eigenen Einfluß auf den Sozialhilfeträger oder das Land, bauliche Ressourcen sowie gute Konzepte für nicht speziell versorgte Patientinnengruppen die eigene Angebotspalette noch weiter auszubauen.

Die Furcht, „zu spät zu kommen“, die mit Argwohn betrachteten Diskussionen um Koordination durch Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrische Dienste, von der Klinik her der befürchtete Verlust der fachlichen „Dominanz“ im gesamten Hilfesystem, die vom Hörensagen herrührenden Vorstellungen über die Fragwürdigkeit der Hilfen anderer Anbieter, der immer im Bewußtsein wirkende Sparzwang – all dies braut sich in nicht wenigen Regionen zu einer Mischung zusammen, die inhaltliche Kooperation unmöglich scheinen läßt.

Die eigene Identität – die ja auch positiv zu unterschiedlichen Milieus der verschiedenen Träger gerinnt – kann aber auch positiv gewendet werden: Es sind auch unter den jetzigen Rahmenbedingungen eine ganze Reihe von Regionen, die auf diesem Weg sind.

Mich trösten auch die Erfahrungen aus der Debatte der 70 er und 80 er Jahre um die berufliche Identität der verschiedenen Berufsgruppen: der Wert multiprofessionellen Zusammenarbeitens steht doch heute fachlich nicht mehr in Frage.

Kontraproduktiv wäre es jedoch aus meiner Sicht, etwa durch das Verschreiben von Zusammenschlüssen, diese Entwicklung zu forcieren.

Bei den regional sehr unterschiedlichen Bedingungen – selbst im gleichen Bundesland kann die Geschichte der Entwicklung des jetzigen Hilfesystems vor Ort wie auch die quantitative Ausstattung sehr weit auseinandergehen – ist ein Zusammenschluß ohne die konkrete Erfahrung der verbindlichen Kooperation im Einzelfall kontraproduktiv. Vorzugeben wären jedoch Rahmenbedingungen, die die Steuerung auf der Ebene des Einzelfalls unumgänglich machen.

# Steuerung des regionalen Angebotes

Heinrich Kunze

## Einleitung

Das übergreifende Ziel heißt: Für die Personen mit längerfristigen psychischen Erkrankungen die zum selbstbestimmten Leben im eigenen Lebensfeld notwendigen Hilfen bereitzustellen – statt sie auszugrenzen, je komplexer ihr Hilfebedarf ist. Durch die Umsteuerung

- von einrichtungs- zu personenzentrierten Hilfen
- von angebots- zu bedarfsorientierten Hilfen

kann die Zielerreichung der Hilfe, ihre Qualität und ihre Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Bei der Realisierung der organisatorischen und regionalen Voraussetzungen für personenzentrierte Hilfen geht es nicht um die vertraute Strategie, das Neue auf das unverändert Alte draufzusatteln. Es geht um die Steuerungsaufgabe, die vorhandene einrichtungszentrierte Landschaft in längeren Prozessen personenzentriert zu verändern.

Unsere konzeptionellen Vorstellungen und die praktischen Erfahrungen in verschiedenen Regionen entwickeln sich weiter. Die Materie ist so komplex, daß schnelle Lösungen falsch sein können, zumindest verdächtig sind. Langsam geht es schneller voran. Ich erinnere an die „Entdeckung der Langsamkeit“ (Sten Nadolny), die schon einmal vor Jahren in diesen Räumen das Motto einer Psychiatrie-Tagung war.

Die zentrale Thematik des Projektes „Personalbemessung im komplementären Bereich“ waren die Wechselwirkungen zwischen dem Hilfebedarf von Personen, der Organisation der Hilfen (Einrichtungen und Dienste) sowie der Finanzierung. Bestimmen die Finanzierungsregelungen die Organisationsformen der Hilfen und die hilfebedürftigen Personen müssen sich „nach dieser Decke strecken“? Oder wird es gelingen, daß die Organisationsformen und Finanzierungsregelungen die Realisierung der Lebensfeld- und Personen-zentrierten Hilfen fördern? Aber die erste Schwierigkeit besteht schon darin, die therapeutischen Konzepte zu „befreien“ von der Prägung des (Fach-) Bewußtseins durch das (gewohnte organisatorische und finanzielle) Sein.

## **Umsteuerung von angebotsorientierten Einrichtungsbausteinen zu bedarfsorientierten Hilfefunktionen.**

Als Beispiel beschränke ich mich auf Einrichtungen mit Wohnfunktion. Die herkömmlichen Bausteine sind: Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft, Übergangsheim, Wohnheim, Heim usw.. Hier sind Räume und Hilfen konzeptionell und in der Finanzierung (Leistungsentgelt, Pflegesatz) starr verknüpft. Der individuelle Bedarf wird definiert durch die Zuordnung einer Person zu einem Platz, d. h. zu einem Hilfefpaket als maßnahnehomogenem Kästchen in einer Einrichtung. Der so definierte Bedarf einer Person gilt direkt als bindender Maßstab auch für die Bedarfsdeckung im sozialrechtlichen Sinne. Die Einrichtung versteht sich als Summe der gemäß Kostenzusagen belegten Plätze.

Diese Verhältnisse haben eine Reihe von Nachteilen: Wenn der Hilfebedarf sich ändert, muß die Person umziehen, mit der Konsequenz der Entwurzelung und mit Beeinträchtigung des Eingliederungserfolges. Diese Entwurzelung kann nur vermieden werden, wenn Bedarfsänderungen ausgeblendet werden, insbesondere Besserungen.

Diese Rahmenbedingungen definieren als Einrichtungsinteresse (im Unterschied zu fachlichen und humanitären Interessen):

- Zum Angebot passende Personen von nah und fern zu suchen, um die Plätze voll zu bekommen. Hilfeempfänger haben eine um so geringere Chance auf einen wohnortnahen Platz, je weniger sie in das vorgegebene Muster passen.
- Das mit dem Platz der Einrichtung definierte Hilfefpaket muß der Hilfeempfänger auch dann verbrauchen, wenn er Komponenten davon nicht (mehr) benötigt, weil die „Gefahr“ besteht, daß dieser Anteil der Einrichtung sonst gestrichen wird. Eine flexible Ressourcengewichtung zwischen den Hilfeempfängern einer Einrichtung findet allenfalls inoffiziell statt. Die definierten Grenzen zwischen den Einrichtungsbausteinen sind sehr hohe Barrieren für einen Ressourcenausgleich.
- Der regionale Bedarf wird nicht berücksichtigt.

Dagegen geht der personenzentrierte Ansatz bei der Bedarfsdefinition aus

- von den Ressourcen einer Person und ihres sozialen Umfeldes,

- von den vom Lebensmittelpunkt aus erreichbaren nichtpsychiatrischen Hilfen,  
die um die psychiatrischen Hilfen spezifisch ergänzt werden.

Bei herkömmlichen Einrichtungen ist es häufig so, daß (ggf. schon allein aus Gründen der Wohnortferne) die noch vorhandenen – aber insgesamt unzureichenden – Ressourcen der Person sowie ihres sozialen Umfeldes unberücksichtigt bleiben, ebenso wie die vom Lebensmittelpunkt aus erreichbaren nichtpsychiatrischen Hilfen und deshalb müssen die spezifisch psychiatrischen Hilfen um nichtpsychiatrische Hilfen durch die Einrichtung ergänzt werden. Dies – in Verbindung mit der Undurchlässigkeit der Einrichtungsbausteine – beeinträchtigt das Ziel der Integration im eigenen Lebensfeld und stellt eine „strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen“ dar, die schon in den Empfehlungen der Expertenkommission (1988, Seite 72 f.) angeprangert wurde.

Das Ziel heißt, Einrichtungen schrittweise so umzubauen, daß sie für eine definierte Zielgruppe einer Region die notwendigen Hilfsfunktionen realisieren oder dies im gemeindepsychiatrischen Verbund gemeinsam gewährleisten (rechtsverbindlich). Es geht um die Verpflichtung zur Erfüllung des Versorgungsbedarfs (= Versorgungsverpflichtung) unter geeigneten organisatorischen *und* finanziellen Rahmenbedingungen.

Dies setzt eine Änderung des Einrichtungskonzeptes und die Einbeziehung der vorhandenen Einrichtungen in einen Gemeindepsychiatrischen Verbund voraus.

Die Kommission hat den Begriff des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aus den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) aufgegriffen und fortentwickelt. Voraussetzung für personenzentrierte Hilfen ist die Verfügbarkeit von notwendigen Hilfsfunktionen und nicht ein vollständiger Kasten von komplementären Bausteinen. Für die in einem Kreis/einer Stadt lebenden chronisch psychisch kranken/behinderten Personen müssen grundsätzlich verfügbar sein (Versorgungsverpflichtung):

- ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
- sozialpsychiatrische Leistungen
  - zur Selbstversorgung
  - zur Arbeit/Ausbildung

- zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie
  - stationäre und teilstationäre Behandlung.
- (Wer innerhalb dieses Rahmens die Koordination und Behandlungsplanung übernimmt, ist je für den Einzelfall zu klären.)

Jeder einzelne Funktionsbereich umfaßt die Gesamtheit der psychiatrischen Fachkräfte, die an der Erbringung der Leistungen des Bereichs beteiligt sind. Sie sind nach Größe und Aufgabenfeld in einem oder mehreren Teams (z.B. zielgruppenbezogen) unter einer übergreifenden Leitung des Funktionsbereichs so organisiert, daß die Versorgungsverpflichtung personenzentriert und prioritätengerecht erfüllt werden kann. Dabei geht die Kommission davon aus, daß die Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Funktionsbereichen und zu den externen Leistungserbringern regional abgestimmt werden müssen und sich von Region zu Region durchaus etwas unterscheiden können. Vor allem in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten ist es wichtig, daß beide Seiten ein Verständnis für die unterschiedlichen, einander wechselseitig ergänzenden und in Randbereichen überlappenden Aufgaben entwickeln. Optimal wäre eine übergreifende Tätigkeit zumindest in Einzelfällen.

Einrichtungsbetten zum Wohnen kommen hier nicht vor, denn die professionellen Hilfen sind von den Räumen abgekoppelt. Die Wohnformen sind von den Hilfeformen zu trennen. Dann kann die hilfebedürftige Person in der eigenen Wohnung oder in einer Wohnung einer Einrichtung leben und zwar in verschiedenen, aber der dem persönlichen Lebensstil gemäßen Wohnform (Großgruppenwohnen, Wohnverbundanlage, Kleingruppenwohnen, Einzelwohnen, Untermiete, Familienwohnen, Familienpflege; vgl. Manual Wohnformen, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE / KAUDER (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychosoziale Arbeitshilfe 11, 2. Auflage, Bonn 1998). Es geht darum, daß keine fremdbestimmten Wohnungswechsel drohen oder eintreten, die die erreichte Stabilität, Verwurzelung und Integration in Frage stellen.

Der gemeindepsychiatrische Verbund muß drei Aufgaben erfüllen:

- Verpflichtung zur zeitgerechten und angemessenen Versorgung für alle Personen einer nach Art der Krankheit/Behinderung sowie regional definierten Zielgruppe;

- ▣ Sicherstellung der Leistungserbringung von integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogrammen (Komplexleistungsprogramme);
- ▣ Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und Qualitätsverbesserung sowie Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und die Ressourcen.

Mit dem Verbund-Konzept wird ein Orientierungsrahmen vorgelegt, den die Beteiligten unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und aktueller Bedingungen für die eigene institutionelle und regionale Arbeit nutzen können. Es handelt sich keinesfalls um ein rigides Schema, das den gegebenen Verhältnissen überall aufgezwungen werden soll.

Im Gemeindepsychiatrischen Verbund ergibt sich der Bedarfsanspruch des Hilfeempfängers gegenüber dem Kostenträger nicht mehr unmittelbar aus der Zuordnung zu einem Standardplatz. Für die individuelle Definition des Hilfebedarfs übernimmt die Einrichtung die Verantwortung und berücksichtigt dabei den Hilfebedarf der Person im Verhältnis zu den übrigen Personen im Rahmen der Versorgungsverpflichtung und den – z.B. durch Budget – gegebenen Ressourcen. Diese Verantwortung in einem Dreiecksverhältnis fördert das Interesse der Einrichtung an einer zielgenauen Hilfe und an der Vermeidung von überflüssigen Hilfe-Komponenten, um der Versorgungsverpflichtung nachzukommen und ein optimales Verhältnis von Zielgenauigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu realisieren.

Nach § 93 BSHG ergibt sich die Ressourcenzuteilung für die Einrichtung nicht aus der Addition von Kostenzusagen für Einzelpersonen und auch nicht aus dem konkreten individuellen Hilfebedarf, sondern erfolgt unter Bezug auf Werte für Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf. Die Gruppen sind so zu wählen, daß sie die Varianz der Einzelfälle in Bezug auf den insgesamt notwendigen Ressourcenumfang angemessen abbilden, damit eine wirtschaftlich operierende Einrichtung die vereinbarten Leistungen mit vereinbarter Qualität auch realisieren kann.

Unter den Konzepten für die Umsetzung des § 93 BSHG sind die einrichtungszentrierten Ansätze noch sehr verbreitet, nämlich Leistungstypen gemäß Einrichtungsbausteinen zu definieren. Ich verweise aber auf die Forderungen des Arbeitskreises psychiatrischer Träger-

und Fachverbände – darunter die AKTION PSYCHISCH KRANKE – in der „Kölner Erklärung“ vom August 1998. Die zentralen Punkte sind: „Eine Differenzierung von Hilfebedarfsgruppen erfolgt nach Leistungsbereichen und Zeitwerten. Eine Entkoppelung von Wohnen und Hilfgewährung ist anzustreben. Erforderliche Hilfen müssen dort angeboten werden, wo der Hilfeempfänger dauerhaft leben will und kann. Hilfeempfänger dürfen nicht zum Umzug gezwungen werden, wenn sich ihr Hilfebedarf ändert.“ Leistungsbereiche in diesem Sinne sind *nicht* z.B. Wohnheim mit oder ohne Tagesstruktur, Betreute Wohngruppe sondern z.B.

- sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Bereiche Wohnen, Wirtschaften)
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung  
usw., wie dies z.B. im Entwurf der Leistungsvereinbarung Rheinland Pfalz konzipiert ist.

Der § 93 BSHG trennt die Finanzierung der Maßnahme von der Grundversorgung und dem Investitionsbetrag und eröffnet damit die Möglichkeit der Entkoppelung der Hilfsfunktionen von den Räumen, in denen der Hilfeempfänger lebt oder in denen die Hilfe stattfindet. Damit muß die Finanzierung kein Hindernis mehr sein, die Hilfe so flexibel zu organisieren, daß Art und Umfang entsprechend dem wechselnden Bedarf ohne Abbruch der therapeutischen Beziehungen verändert werden können, und die hilfebedürftige Person in ihrem Lebensfeld bleiben kann, unabhängig davon, ob sie in einer eigenen Wohnung lebt – als Besitzer, Mieter, Untermieter, Familienmitglied – oder eine Einrichtung der Person Wohnraum zur Verfügung stellt (Heim). Auch bei einer aufwendigen Eingliederungsmaßnahme (von herkömmlich stationärem Umfang) kann die Person in der eigenen Wohnung bleiben. Wer unabhängig von Hilfe wird oder nur noch wenig Hilfe benötigt und erhält, kann auch in der Wohnung der Einrichtung bleiben, wenn dies für die konkrete Eingliederung und Verwurzelung sinnvoll ist und von der Hilfeempfängerin gewünscht wird.

Diese Flexibilität des Einrichtungskonzeptes kann sich auch insofern auf den neuen § 93 BSHG stützen (vgl. amtliche Begründung zum Einrichtungsbegriff), als der Begriff Einrichtung im BSHG auch ambulante Dienste umfaßt.

Damit haben die bisherigen Unterscheidungskriterien für ambulante Dienste im Unterschied zu (stationären) Einrichtungen in ihrer Folgewirkung für die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen örtlicher und überörtlicher Sozialhilfe keine Bedeutung mehr. Ich will an dieser Stelle nicht näher auf das bekannte Problem eingehen, daß die Aufgabenzuständigkeit und die Finanzierung der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe faktisch die Umkehrung des Prinzips ambulant vor stationär bewirkt.

Aber ganz so einfach ist diese Umsteuerung der Einrichtungsstrukturen auch wieder nicht, für die derzeit gilt: Ambulant gleich wenig Eingliederungshilfe und viel ist stationär, also nur in Verbindung mit dem Bett einer Einrichtung zu erhalten – auch wenn ein Wohnplatz und Bezugspersonen vorhanden sind. Mir ist klar, daß idealtypisch formulierte Ziele nicht mit dem nächsten Schritt realisiert werden können. Deshalb ist es besser, die Umsetzung des § 93 BSHG in einem zielorientierten, längeren Prozeß zu erreichen, als in einem schnellen Schritt die einrichtungszentrierten Verhältnisse nur gemäß dem § 93 BSHG umzubenennen. Ganz praktische, schon jetzt angehbare Probleme in diesem Zusammenhang sind: Wohnräume für Personen in herkömmlichen Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind zweckgebunden investiv gefördert. Diese Zweckbindung geht unter Umständen gar so weit, daß zwischen Übergangshaus, Dauerwohnheim usw. noch unterschieden wird. Nach herkömmlicher Auffassung kann ein so investiv geförderter (Wohn-)Platz nicht an eine Person vermietet werden, die keine stationäre Eingliederungshilfe (mehr) erhält. Und umgekehrt: Bisher sind Eingliederungsmaßnahmen von herkömmlich stationärem Umfang nicht in der eigenen Wohnung des Hilfeempfängers möglich. Hier gilt es, investiv geförderte Plätze als Kontingent der Einrichtung zu definieren, aber nicht von den konkreten Räumen her. Zum anderen stellt sich die Frage, warum Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht mit Hilfe der Förderung des sozialen Wohnungsbaus oder anderen Finanzierungswegen Wohnraum schaffen für Personen, die keine eigene Wohnung haben, finden oder halten können. Warum muß die Finanzierung von Wohnraum für Behinderte, die Eingliederungshilfe erhalten, anders verlaufen als für andere Bürger und Bürgerinnen?

Eine solche Umsteuerung des Einrichtungskonzeptes stellt weitreichende Anforderungen an die fachliche Umorientierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Änderung der Arbeits- und

Kooperationsformen untereinander und in der Region. Sie wirft ggf. die Frage auf, für bisher im Rahmen der Eingliederungshilfe genutzte Räume eine andere Verwendung zu finden, die die Finanzierung der Räume sichert und umgekehrt neue Finanzierungswege für Räume zu finden, die behinderten Personen gegen Bezahlung (ggf. unterstützt durch Wohngeld) von der Einrichtung überlassen werden.

Der Weg zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund wird in der Regel nur über Teilschritte möglich sein, beispielsweise

1. klientenbezogene Kooperation auf der Mitarbeiterebene,
2. Einrichtung verbindlicher Kooperationsstrukturen durch verlässliche Absprachen auf Leitungsebene,
3. vertragliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Leistungsanbietern,
4. Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbunds.

Ohne Zweifel wird die Entwicklung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund überall dort beschleunigt werden, wo die Leistungsträger die Durchführung von Maßnahmeprogrammen an die Fähigkeit der Erbringung von ambulanten Komplexleistungsprogrammen durch den Vertragspartner binden.

### Umsteuerung der Planung

Herkömmlich verwendet die Planung Meßziffern pro Einrichtungsbaustein, die auf die Bevölkerung projiziert werden. Dagegen heißt das Ziel unter Bezug auf den personenzentrierten Ansatz: Die Entwicklung von regionalen Hilfefunktionen orientiert am konkreten Hilfebedarf der in der Region lebenden Personen.

Der herkömmliche Ansatz ist verführerisch, weil

- er einfach rechnerisch umsetzbar ist;
- er in Verbindung mit der räumlich definierten Betten/Platzzahl eine Angebotsbegrenzung bewirkt;
- die herkömmliche Definition des individuellen Bedarfs durch die Zuordnung einer Person zum Einrichtungsplatz den Bedarf durch das räumlich definierte Angebot steuert;
- so die Folgekosten begrenzt sind.

Warum also den herkömmlichen Ansatz aufgeben?

- Weil so die volle Einrichtung mit Personen von wer weiß woher stimuliert wird.
- Weil die vorhandenen Einrichtungen nie ausreichen, auch die schwierigen Patienten wohnortnah zu versorgen, wenn man nicht bis zu Überkapazitäten solchen Ausmaßes gehen will, daß die Existenzangst der Einrichtungen zur Aufnahme auch von Problempersonen motiviert.
- Weil unter den herkömmlichen Verhältnissen in einer Region zu viele, in einer anderen Region zu wenig Angebote vorgehalten werden.

Das sind einige der negativen Gründe, der entscheidende positive Grund ist: Die Bedarfsdeckung mit psychiatrischen Hilfen erfolgt ergänzend zu den vorhandenen Ressourcen der betroffenen Person und ihres Umfeldes sowie den aktivierbaren nicht-psychiatrischen Hilfen. Dies fördert besser das Ziel der Integration und optimiert die Ressourcennutzung.

Aber wenn der herkömmliche Einrichtungsbegriff aufgegeben wird zu Gunsten des Konzeptes des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und Hilfsfunktionen nicht starr an Räume und Plätze gekoppelt sind, wie kann dann einerseits die Bedarfsdeckung personenspezifisch definiert und andererseits im Hinblick auf die Folgekosten begrenzt werden?

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Nürnberger Firma wollte eine Methodik zur *objektiven* Bedarfsfeststellung entwickeln, was lange faszinierte, weil dieser Weg einfache Lösungen versprach. Auf die Komplexität der Bedarfsdefinition im Einzelfall ist Frau Gromann im vorausgegangenen Beitrag schon eingegangen. Ich will weitere Aspekte mit Blick auf die regionale Ebene ergänzen:

Es geht um die Bereitschaft der Einrichtung, bei der individuellen Bedarfsdefinition die verfügbaren Ressourcen und die konkurrierenden Bedarfsansprüche von anderen Personen zu berücksichtigen, für die auch *Versorgungsverpflichtung* besteht mit dem Ergebnis, nicht den bequemsten Weg zu gehen, nämlich Problempersonen immer an andere zu verweisen.

Das Ziel heißt: Der Satz „Dafür sind wir nicht zuständig“ darf in der Region nicht mehr vorkommen. Voraussetzung dafür sind die auf den regionalen Bedarf abgestimmte Leistungsvereinbarung (einschließ-

lich. Versorgungsverpflichtung) und die dazu passende Ressourcenausstattung (für eine wirtschaftlich arbeitende Einrichtung).

Ich möchte darauf verweisen, daß es im Klinikbereich Beispiele dafür gibt, daß dies gelingen kann: Die Klinik definiert und erfüllt den individuellen Bedarfsanspruch der Patientinnen und Patienten in Verbindung mit der Versorgungsverpflichtung. Die beiden Voraussetzungen sind:

- Leistungsvereinbarung auf der Grundlage der Psych-PV, wobei die Behandlungsbereiche A1 bis G6 Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf definieren.
- Ein Budget, das einem wirtschaftlich arbeitenden Krankenhaus die Leistungserbringung ermöglicht.

Es ist erstaunlich, wie die Gesetze der großen Zahl, auch Statistik genannt, bei hoher Variabilität der Hilfebedarfe der einzelnen Personen vernünftige Gruppenbildungen, Leistungszahlen und Ressourcenbedarf (Budget) ergeben.

Die wechselseitig sich blockierenden Sorgen und Hoffnungen sind doch, daß die Leistungserbringer Leistungsausweitung betreiben und Kürzungen befürchten, und die Kostenträger die Leistungsausweitung befürchten und die Kürzungen betreiben. Diese wechselseitige Blockade kann überwunden werden durch die Vereinbarung eines Ressourcen-neutralen Umstieges zum personenzentrierten Ansatz. In verschiedenen Regionen (z.B. Hamburg, Rheinland-Pfalz) werden zur Zeit „Verprobungen“ durchgeführt: Für definierte Gruppen werden die Bedarfe eingeschätzt nach herkömmlichen Einrichtungsplätzen sowie nach Hilfsfunktionen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes.

Die Bedarfsdefinition durch eine Einrichtung ist auch immer vom institutionellen Eigeninteresse beeinflusst. Deswegen kann die Bedarfsdefinition keine Selbstbedienungsaktion der Einrichtungen sein, sondern muß kontrolliert und transparent werden in einem geeigneten Überprüfungsprozeß, in dem ein unabhängiger sozialmedizinischer Fachdienst große Bedeutung erhält. Wenn die Fachleute der Einrichtung selber den individuellen Bedarf bestimmen, muß eine davon unabhängige, aber fachlich gleichrangige Kontrolle als Gegengewicht institutionalisiert werden. Eine solche gutachterliche Überprüfung muß nicht eine hundertprozentige Einzelfallüberprüfung sein. Es gibt ja

auch Strategien der gestuften Überprüfung. Der Fachdienst kann solche Gutachter-Fragen in Bezug auf Einzelfälle sowie regionalen Bedarf um so besser erfüllen, je mehr aus verschiedenen Arbeitszusammenhängen Kontext- und Hintergrund-Informationen gegeben sind. Dies ist regional eher möglich als überregional. Auch für diese Begutachtungen liefert der IBRP eine gute Grundlage.

Unter dem Gesichtspunkt der regionalen Steuerung möchte ich auf folgende förderliche Prozesse hinweisen. Durch kontinuierliche regionale Zusammenarbeit der psychiatrischen Kliniken und der komplementären Einrichtungen sowohl auf der Einzelfallebene wie auch in den unterschiedlichen regionalen Gremien entwickelt sich eine zunehmende Konvergenz der fachlichen Ziele und Strategien, zumindest ein wechselseitiges Verständnis und Kennen in der Region. Wenn auf diesem Hintergrund der gemeinsame Wille wächst, dazu beizutragen, daß psychisch kranke Mitbürgerinnen und Mitbürger ein Anrecht haben, im Kreis/in der Stadt die Hilfe zu finden, die sie benötigen, dann finden sich auch Wege, die Lasten gleichmäßig zu verteilen, wobei es darauf ankommt, daß diese Wahrnehmung der Gleichmäßigkeit auch wechselseitig kongruent ist. Bezüglich dieses Konvergenzprozesses – der Zielsetzung wie der Lastenverteilung von Problemfällen – haben wir im Kasseler Raum durch unterschiedliche Gremien gute Erfahrungen gemacht: Mit der „Regionalkonferenz“ der Stadt Kassel und dem „Arbeitskreis kommunale Psychiatrie“ Landkreis Kassel, die jeweils von den Sozialdezernentinnen, d. h. den kommunalpolitisch Verantwortlichen, einberufen werden. Die Regionalkonferenz führt ihre konkrete Arbeit im zielgruppenspezifischen Unterarbeitsgruppen durch. Ihre Verbindlichkeit ergibt sich aus der Vereinbarung, daß Entscheidungen, die je in die Zuständigkeit des überörtlichen oder örtlichen Sozialhilfeträgers, des Landes oder der Einrichtungsträger fallen, zuvor hier ausreichend erörtert und geprüft werden.

Große Bedeutung hat die Belegungskonferenz erlangt, die andernorts z.B. Fallkonferenz (Berlin) oder Aufnahmekonferenz (Rheinland-Pfalz) heißt: Unter Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden im komplementären Netz schwierig zu plzierende Personen unter Einbeziehung der zuvor behandelnden Psychiatrischen Klinik und der in Frage kommenden komplementären Einrichtungen, die sich zur regionalen Versorgungsverpflichtung bekennen, mit dem Ziel erörtert, eine qualifizierte individuelle Lösung zu finden.

Als Ergebnis dieser regionalen Prozesse ist festzustellen, daß der Abstand zwischen dem von den Einrichtungen geforderten Bedarfs-Soll an Plätzen einerseits und den von den Kostenträgern finanzierten und geplanten Plätzen andererseits sich erheblich verkleinert hat und daß die Zahl der konstruktiv gelösten Problemfälle zunimmt. In meiner Klinik besteht die Dienstanweisung: Wenn eine Patientin oder ein Patient nicht nach Hause in ambulante Behandlung entlassen werden kann und kein geeignetes und wohnortnahes Angebot sich findet, so ist dies Problem der Belegungskonferenz vorzulegen. Wir prüfen auch die Frage an Hand der Basisdokumentation, wie viele Patientinnen und Patienten, die in komplementäre Einrichtungen entlassen wurden, keinen Platz in ihrem Heimatkreis/ihrer Heimatstadt fanden. Entsprechende Fragen wären vom Kreis/der Stadt in Bezug auf Bürgerinnen und Bürger aus der Gebietskörperschaft an die Kostenträger z.B. das Landessozialamt zu richten.

Die Entwicklungen in der Region, die ich persönlich aus der praktischen Arbeit gut kenne, sind eher geprägt von freiwilliger Zusammenarbeit und kommunalpolitischem Engagement in Verbindung mit dem überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträgern und dem für Investitionen im Komplementärbereich zuständigen Ministerium.

Man kann natürlich auch die Strategie von oben nach unten gehen, wie dies in anderen Regionen in Deutschland der Fall ist. Der Grundgedanke ist, entsprechende Anforderungen im Psychisch-Krankenhilfegesetz des Landes zu verankern: Landes-Psychiatriebeirat, Psychiatriebeirat der Stadt/des Kreises, Gesundheits- und Sozialberichterstattung diesen Bereich betreffend, Finanzierung des Koordinators usw.. Investitionsmittel des Landes könnten an die Versorgungsverpflichtung geknüpft werden. – Am besten funktioniert wahrscheinlich die Umsteuerung, wenn „bottom up“ und „top down“ Prozesse sich wechselseitig ergänzen.

Eine weitere wesentliche Chance, diesen Prozeß über das Geld zu befördern, kann die Umsetzung des § 93 BSHG sein, wenn in die Leistungsvereinbarungen die Versorgungsverpflichtung aufgenommen wird und Hilfen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes funktional und nicht nach Einrichtungstypen definiert werden. Da die Kostensteuerung dann nicht mehr über räumlich definierte Betten/Plätze erfolgt, sind andere Strategien zu entwickeln.

Dabei ist mir klar, daß dieser Umstellungsprozeß nicht in einem Schritt und schon gar nicht in der Übergangsekunde der Silvesternacht zum 01.01.1999 erfolgen kann. Entscheidend ist die gemeinsame Zieldefinition und sich dann Zeit zu nehmen, den Weg sorgfältig zu bahnen.

## Komplexität der Steuerung

Die Komplexität von Steuerung will ich an zwei Abbildungen illustrieren. Sie sehen bei Abbildung 1 zum einen in der Kopfzeile die verschiedenen Handlungsebenen von der Person/dem Hilfeempfänger bis zur Bundesebene und in der linken Randspalte die Dimensionen. Dabei ist mir insbesondere die Zeile „Ziele“ wichtig, denn in diesem konfliktreichen Feld könnte es sehr hilfreich sein, immer wieder die Gemeinsamkeit bei den Zielen herauszuarbeiten als Voraussetzung dafür, in den Konfliktzonen zu tragfähigen Kompromissen zu kommen. In der zweiten Zeile sehen sie die Vielschichtigkeit der Prozesse in den verschiedenen Handlungsebenen.

Aber wenn nicht alle Beteiligten freiwillig bei der Orientierung an gemeinsamen Zielen mitmachen, was sind denn dann die rechtlichen Grundlagen? Dazu sehen Sie einiges in der untersten Zeile: Es gibt z. B. den § 46 BSHG („Gesamtplan“) sowie den § 5 RehaAnglG schon seit Jahrzehnten, doch haben beide Rechtsgrundlagen für die Steuerung im Einzelfall bisher praktisch keine Wirksamkeit entfaltet. Aber auch die weiteren Grundlagen in dieser Zeile sind entweder rechtlich „dünn“ oder werden nicht angewendet. Mit diesem wichtigen Bereich befassen sich die Beiträge von Herrn Mrozynski und Herrn Schulte.

Die Steuerung der Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen in einer Region muß drei übergreifende Entwicklungsziele anstreben:

- Kontinuierliche Anpassung des Leistungsspektrums an den Bedarf,
- Kontinuierliche Gewährleistung und Verbesserung der Leistungsqualität (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität),
- Optimierung der Wirtschaftlichkeit.

Daraus ergibt sich als regelmäßig wiederkehrende Aufgabe

- Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit und der Qualität der Versorgung,

Handlungs- ebenen	Person / Hilfsempfänger	Einrichtungen	Kostenträger	Kreis / Stadt	Land, Bezirk, höherer Kom- munalverband	Bund
<b>Dienstonen</b>						
<b>Ziele</b>	Eingliederung ins eigene Lebensfeld statt in (wohnrferne) Einrichtungen	am Bedarf von Personen aus der Region orientiert: (vorwiegend ambulante) <u>personenzentrierte</u> <u>Komplexleistung</u> (Verbund)	Zielerreichung Qualität Wirtschaftlichkeit	regionale Hilfebringung (niemand extern wegen Mangel an Hilfsmöglichkeiten vor Ort)	gute, gleichwertige Lebensverhältnisse auch für behinderte Personen	
<b>Prozesse</b>	Planung und Durchführung integrierter Eingliederungsprogramme, Antragsverfahren, Begutachtung					
		Qualifizierungen		Belegungskonferenz		
		Qualitätsmanagement				
		Informationsprozesse: Datenerhebung, Datenvermittlung, Berichte				
		Abstimmungsprozesse: Empfehlungen, Psychatriepläne				
		Entscheidungsprozesse: Vertrags- und Budgetverhandlungen (Leistungs- Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung, Versorgungsverträge, Investitionsvereinbarung)				
<b>Organisatorisch / institutionelle Rahmenbe- dingungen</b>		Gemeindepsychiatrischer Verbund		Koordinator Beirat Regionalkonfe- renz	Psychiatriefere- rat Beirat	
<b>Ordnungspoliti- sche Rahmen- bedingungen</b>	§§ 3, 3a BSHG § 46 BSHG § 5 RehaAngIG	§§ 39 / 40 BSHG §§ 93 ff BSHG (SGB V, VI und XI)		§ 95 BSH (Arbeits- gemeinschaften)	§ 99 / 100 BSH	Bundes- und EU-Recht, Beaufrecht, Wettbewerbsrecht

Abb. 1: Steuerung im Bereich Eingliederungshilfe

- Erarbeitung und Fortschreibung von Entwicklungsplänen,
- Entscheidung über die Umsetzung von Entwicklungsplänen einschließlich der prioritätengerechten Ressourcenverteilung.

Der Entwicklungsprozeß des gemeindepsychiatrischen Verbundes erfordert daher das zyklische Ineinandergreifen von Informations-, Abstimmungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen (Abbildung 2). Die logische Struktur von solchen Steuerungsprozessen entspricht dem Problemlösungszirkel. Die daraus abzuleitenden funktionellen Anforderungen können auf unterschiedliche Weise realisiert werden. Es gibt mehr als eine richtige Lösung! Die Abbildung gibt beispielhafte institutionelle Lösungen wieder.

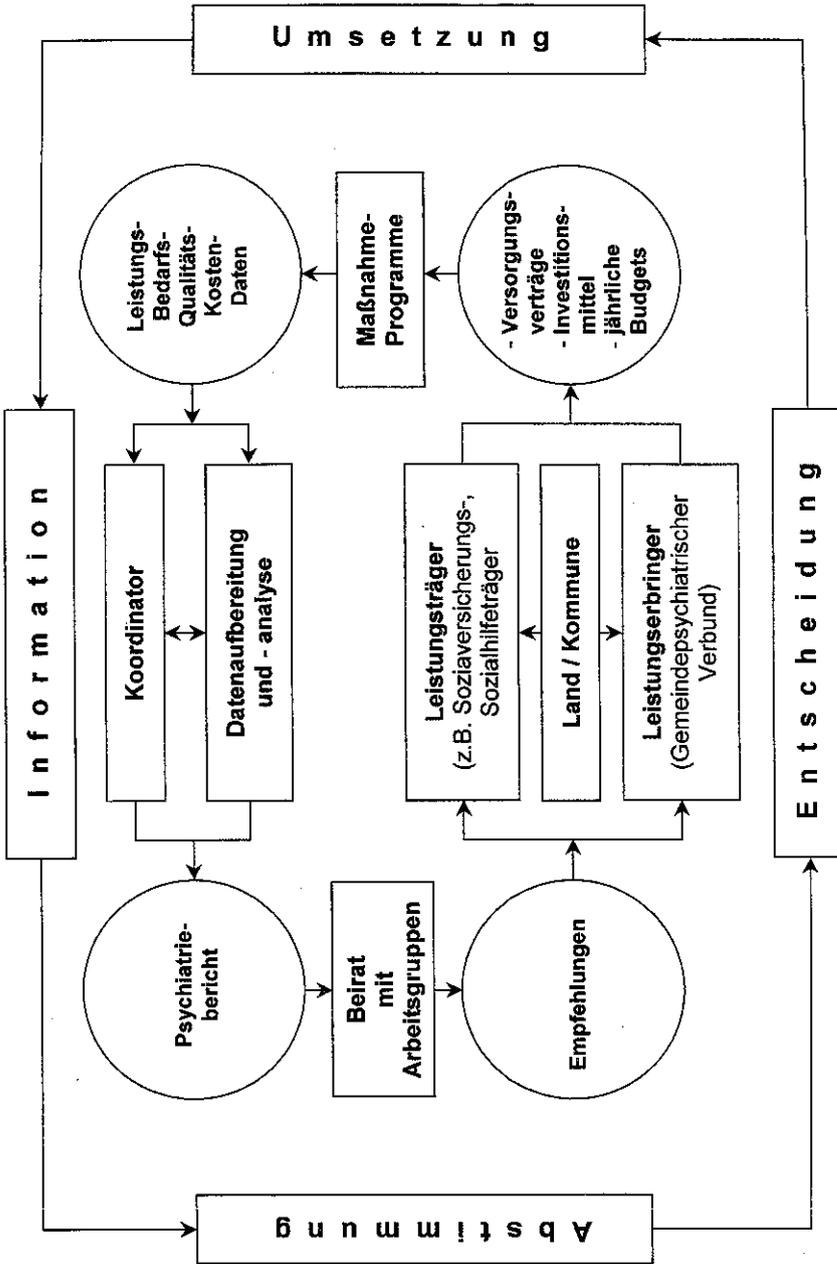
### Schlußbemerkungen

Steuerung ist ein bisher unterentwickeltes Thema. Wenn man sich vorstellt, wieviel Geld bei wie geringer Entwicklung der Steuerung auf der individuellen wie der regionalen Ebene in diesem Bereich umgesetzt wird, kann man sich nur wundern. Die Praxis der Steuerung im Psychiatriebereich hat bisher allenfalls das Niveau von Planwirtschaft. Aufgeklärter Zentralismus oder marktwirtschaftliche Methoden sind in diesem Feld nur begrenzt oder nicht tauglich. Es geht darum, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen und transparente, zielgerichtete Prozesse auf kommunaler und Landesebene zu installieren (siehe auch den Beitrag von van Eickels in diesem Band).

Ich wollte Ihnen keine fertigen Rezepte ausstellen, aber ich wollte Ihnen deutlich machen, daß es sich lohnt, dem Problem der Steuerung mehr Aufmerksamkeit zu widmen, weil die herkömmlichen Methoden völlig unzureichend sind, aber die Zielerreichung, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit gleichzeitig erheblich verbessert werden können, wenn Politik, Verwaltungen, Fachleute und die Betroffenen zusammenarbeiten.

### Literatur

- KAUDER, VOLKER (1997) Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung – Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“; AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.); Psychiatrie Verlag; Bonn



**Abb. 2: Der Entwicklungsprozeß des Gemeindepsychiatrischen Verbundes**  
 (aus: Arbeitshilfe 11, Psychiatrie – Verlag 1997)

- KRUCKENBERG, PETER; HEINRICH KUNZE (1997) Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung – Tagungsberichte Band 24; AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.); Rheinland Verlag; Köln
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.) (1999) Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung
- Bad 116 / I der Schriftenreihe des BMG: Bericht zum Forschungsprojekt des BMG: Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung
  - Band 116 / II der Schriftenreihe des BMG: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung.
- Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

# Steuerung auf der Finanzierungsebene

**Knut Lehmann**

Ich möchte mich in drei Schritten dem Thema nähern: Zunächst werde ich den politischen Rahmen der Steuerungsdiskussion kurz skizzieren, dann die Funktionen der finanziellen Steuerung beschreiben und abschließend diskutieren, welche Rahmenbedingungen für diese Steuerung gegeben bzw. notwendig sind.

## Politischer Rahmen

Die Diskussion um die Steuerung, auch um die finanzielle Steuerung, ist Ausdruck eines grundsätzlichen Wandels des Verständnisses der Aufgaben bzw. Funktionen des Staates. Die Abkehr von staatlichen bzw. öffentlich-rechtlich organisierten Versorgungsangeboten zugunsten dezentraler, von unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppierungen getragener, privatrechtlich organisierter Angebote ist in vielen Bereichen beobachtbar. Gründe für diesen Wandel sind u. a. die Ausdifferenzierung der Problemlagen, gesellschaftlicher Wandel, mangelnde Problemlösungsfähigkeit der traditionell staatlich bzw. öffentlich-rechtlich organisierten Angebote, die europäische Einigung und die damit verbundenen rechtlichen und ordnungspolitischen Veränderungen, Finanzierungsschwierigkeiten und ein verändertes ordnungspolitisches Denken in der Bundesrepublik. Ich möchte vier Aspekte kurz ansprechen.

1. Diese Entwicklungen erforderten und erfordern Veränderungen der Aufgaben und Organisationsformen des Verwaltungshandelns. Beispiele für die sich vollziehenden Veränderungsprozesse sind die Reform des BSHG von 1996 (§ 93), das SGB XI, die Veränderung der Rolle der Freien Wohlfahrtspflege, die Veränderungen des SGB V und die schon benannte rechtliche Entwicklung in der europäischen Gemeinschaft. Auch die neue Regierung wird diese Entwicklung nicht verändern und zu staatlichen Lösungen zurückkehren, obwohl es in einigen Äußerungen der neuen Regierung so klingt. Versucht man diese Entwicklungen in einer kurzen Formulierung zusammenzufassen, so könnte man von einer Entstaatlichung zugunsten einer Vergesellschaftung nicht nur in der Sozial- und Gesundheitspolitik sprechen.

2. Man kann bei der sozialstaatlichen Daseinsvor- und -fürsorge zwischen der Gewährleistungsverantwortung, der Finanzierungsver-

antwortung und der Durchführungsverantwortung unterscheiden. Der angesprochene gesellschaftliche Wandel findet einmal seinen Ausdruck in der Diskussion um die Finanzierungsverantwortung, in der stärker die individuelle Risikoversorge gefordert wird. Vor allen Dingen aber findet er seinen Ausdruck in der Durchführungsverantwortung. Die Gewährleistung sozialstaatlicher Daseinsvor- und -fürsorge wird in der Tendenz nicht mehr durch staatlich definierten Bedarf und staatlich verantwortete oder getragene Leistungserbringung sichergestellt, sondern durch die Inanspruchnahme privatrechtlich organisierter bzw. privatwirtschaftlich orientierter Angebote. Steuerung erfolgt nicht mehr durch Feststellung von Bedarfen, sondern durch die Setzung und Kontrolle von Rahmenbedingungen (z.B. Diskussion um die Qualitätssicherung) über Vertrag (z.B. § 93), den Markt und die Konkurrenz. Zusammengefaßt könnte man diesen Prozeß als eine Entwicklung von der bedarfs- zur angebotsorientierten Steuerung beschreiben.

3. Die Gewährleistungsverantwortung verlangt stärker als bisher die Steuerung durch möglichst verbindliche Kooperation und erfordert entsprechende Koordinationsleistungen. Vorhandene Versorgungsstrukturen, zum Beispiel im Behindertenbereich oder in der Krankenversorgung, werden auf ihre fachliche Qualität, ihre Funktionalität und Wirtschaftlichkeit befragt, soweit hier Mängel feststellbar sind, hat die Wahrnehmung der Gewährleistungsverantwortung auch Umsteuerung, das heißt die Veränderung von vorhandenen Versorgungsstrukturen und der Art und Weise der Leistungserbringungen zur Konsequenz. Diesen Prozeß, dessen Ziel die Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen ist, könnte man mit dem Begriff der Entinstitutionalisierung beschreiben. Genau an dieser Stelle setzt das Projekt zur Personalbemessung im komplementären Bereich an.

Mit dieser kurzen Beschreibung wird auch deutlich, mit welchen Schwierigkeiten die Umsetzung neuer Steuerungsformen konfrontiert ist. Die skizzierte Entwicklung ist unterschiedlich weit bei den verschiedenen Akteuren – ich erinnere nur an die Schwierigkeiten der Durchsetzung ambulanter Versorgungsformen in der Rentenversicherung, d. h. der Streichung des Vorrangs der Versorgung stationärer medizinischer Rehabilitation (§ 15 SGB VI) oder bei der Verknüpfung von ambulant und stationär in der Krankenversicherung, obwohl der Modellversuch Soziotherapie erfolgreich war und sowohl Drehtüref-

fekte verhindert und Mittel eingespart hat.

4. Bei den Sozialleistungsträgern sind als Ergebnis der sozialrechtlichen Entwicklung zusätzlich die unterschiedlichen, zum Teil gesetzlich definierten, Steuerungsvorstellungen oder -modelle zu berücksichtigen, so zum Beispiel

- die Steuerung der Rehabilitation in der Rentenversicherung, die über das Leistungsbestimmungsrecht erfolgt,
- die Steuerung in der Krankenversicherung durch das Sachleistungsprinzip, durch den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften, ohne daß die Krankenversicherung im einzelnen Einfluß auf das Leistungsgeschehen hat,
- die Steuerungsverantwortung der kommunalen bzw. öffentlichen Jugendhilfe für den Kinder- und Jugendhilfebereich und als letztes Beispiel
- die kooperative Steuerung im Pflegeversicherungsbereich, für die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen gemeinsame Steuerungsverantwortung haben.

Obwohl die Komplexleistung eine gemeinsame Steuerungsverantwortung erfordert, sind die Unzulänglichkeiten bei der gemeinsamen Steuerung trotz der Vorschriften im SGB I, dem SGB X und dem Reha-Angleichungsgesetz sowie diverser Vorschläge und Projekte und politischer Absichtserklärungen nicht beseitigt und in der praktischen Arbeit bis heute im hohen Maße hinderlich (vgl. Behindertenberichte der Bundesregierung 1-4 und – zuletzt – die Vorschläge des „AK zur Weiterentwicklung der psych. Versorgung“ unter Leitung des BMG vom 30.3.98). Man kann dies als sozialrechtlich bedingte Fragmentierung der Leistungserbringung bezeichnen.

Die Vorschläge der AKTION PSYCHISCH KRANKE zur Komplexleistung und ihrer regionalen Steuerung sind ein weiterer Versuch, das Steuerungsproblem – bezogen auf eine definierte Zielgruppe und einen definierten Leistungsumfang – zu minimieren. Durch die im Projekt Personalbemessung entwickelten Instrumente zur individuellen Bedarfsfeststellung, die auch für administrative Zwecke handhabbar sind, besteht die Möglichkeit, die fachlichen Erfordernisse und die notwendige Kooperation zu beschreiben sowie den daraus resultierenden finanziellen Aufwand im Einzelfall präzise zu schätzen.

## Funktionen der Steuerung

Angesichts dieser Möglichkeiten stellt sich die Frage, welche Funktionen die finanzielle Steuerung auf regionaler Ebene zu erfüllen hat. Nach meiner Auffassung sind es die folgenden Funktionen:

1. Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan auf der Basis des APK-Ansatzes ist die Grundlage für die Festlegung des im Einzelfall notwendigen finanziellen Aufwandes für eine Patientin bzw. Rehabilitandin während eines definierten Zeitraumes, in der Regel dem eines Jahres. Diesen Aufwand könnte man mit einer Fallkostenpauschale vergleichen, allerdings kann sich diese Fallkostenpauschale einzelfallbezogen im Laufe der Jahre ändern, je nachdem, ob der Betreuung- und Kooperations- bzw. Koordinationsaufwand zu- oder abnimmt. Indem über den Behandlungs- und Rehabilitationsplan Ziele definiert werden, sind diese Zielvorstellungen Grundlage für die im Einzelfall auch finanziell notwendigen Entscheidungen, durch welche Maßnahme und Angebote die angestrebten Ziele im einzelnen erreicht werden sollen. Das bedeutet, dieser Plan ist Grundlage für die finanzielle Steuerung im Einzelfall, den zielgerichteten Mitteleinsatz. Damit kann für diese Zielgruppe die rechtlich definierte Verpflichtung nach § 46 BSHG besser als bisher erfüllt und mit den Erfordernissen der finanziellen Steuerung verknüpft werden.

2. Aus dem im Einzelfall erforderlichen Aufwand wird der über Fallgruppen hochgerechnete finanzielle Bedarf für die definierte Zielgruppe in der definierten Region pro Jahr festgelegt und auf diese Weise ein prospektives regionales Budget geschätzt. Aus den verschiedenen regionalen Budgets könnte dann ein Gesamtbudget zum Beispiel auf der Ebene des Bundeslandes oder eines einzelnen Sozialhilfeträgers festgelegt bzw. geschätzt werden.

3. Das bzw. die regionalen prospektiven Budgets bilden den finanziellen Rahmen für die auf der Grundlage der individuellen Behandlungs- und Rehabilitationspläne sowie der Fallgruppen fachlich zu beschreibenden Struktur des Maßnahmeangebotes und des ggf. notwendigen „Umbaus“ der Versorgungsstrukturen, die den Grundsätzen des Ansatzes der APK besser entspricht. Finanzielle Steuerung beinhaltet also nicht nur die Entscheidung für die im Einzelfall erforderlichen zielgerichteten Maßnahmen, sondern auch die Steuerung des Umbaus der Versorgungsstrukturen.

4. Insbesondere diese Funktion der finanziellen Steuerung erfordert es, den Leistungserbringern ökonomische Anreize für den erforderlichen Umbau der Angebotsstrukturen zu geben.

5. Weiterhin hat die finanzielle Steuerung mittel- bis langfristig notwendigerweise eine Controllingfunktion, um unter anderem auf diese Weise den Erfolg der Maßnahmen und Angebote der Behandlung und Rehabilitation beschreibbar und – nicht nur im Kreise der Therapeuten – kommunizierbar zu machen.

### **Rahmenbedingungen der finanziellen Steuerung**

Die Umsetzung bzw. Praktikabilität einer finanziellen Steuerung, die diese Funktionen erfüllen könnte, ist an eine Reihe von Rahmenbedingungen gebunden bzw. von der Schaffung dieser Rahmenbedingungen abhängig, die jedoch nur teilweise gegeben sind. Um nicht mißverstanden zu werden: Ich halte eine finanzielle Steuerung, die diese Funktionen erfüllen könnte, für einen notwendigen Entwicklungsschritt, der unbedingt zu gehen ist. Indem ich im folgenden auf die Schwierigkeiten der Realisierung hinweise, will ich damit nicht die Möglichkeit einer finanziellen Steuerung in Abrede stellen, sondern im Gegenteil: Ich hoffe, daß die Diskussion über die Funktion der finanziellen Steuerung dazu beiträgt, entsprechende Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen zu schaffen und den Erfahrungsaustausch anregt, weil es vielfältige regionale Versuche gibt. Diese Rahmenbedingungen sind im einzelnen:

1. Die Leistungserbringer müssen auf der Grundlage von Verträgen arbeiten, die eine derartige Steuerung ermöglichen. Obwohl das SGB V, das SGB VI, das SGB III und auch das BSHG eine Rechtsgrundlage für den Abschluß von Verträgen bieten, ist die konkrete Form der Ausgestaltung dieser Verträge jedoch sehr unterschiedlich, was erhebliche Probleme für eine finanzielle Steuerung über regionale Budgets mit sich bringt. Ich beschränke mich auf diese vier Sozialleistungsträger (wobei der Sozialhilfeträger faktisch Leistungsträger ist), weil ich der Auffassung bin, daß diese vier im wesentlichen die Mittel für die Komplexleistung jetzt schon aufbringen und im Rahmen von regionalen Budgets auch zukünftig aufbringen müßten. Daß diese Unterschiedlichkeit existiert, hat verschiedene Gründe, auf die ich jetzt im einzelnen jedoch nicht eingehen will. Wesentlich aber für die Vertragsgestaltung wäre, daß alle Sozialleistungsträger Verträge mit den Leistungserbringern

abschließen, die – wie es beispielhaft in § 93 BSHG heißt – Vereinbarungen über Inhalt, Umfang, Qualität und Preis enthielten. Weiterhin sollte in allen Verträgen auf möglichst vergleichbare Weise zwischen den Maßnahmekosten, den Hotelkosten und dem Investitionsaufwand unterschieden werden.

Eine vergleichbare Vertragsgestaltung bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern wird so schnell nicht durchsetzbar sein.

2. Sozialleistungsträger und Leistungserbringer weisen nicht nur diese z. T. rechtlich definierten Unterschiede auf, sie zeichnen sich durch einen institutionellen (rechtlich auch angelegten) Egoismus aus, und definieren sich eher abgrenzend und gegeneinander als gemeinsam zielgruppenbezogen über eine Versorgungsfunktion. In Zeiten knapper werdender Mittel und stärkerer Konkurrenz geschieht dies um so mehr.

3. Auch das von der APK vorgeschlagene regionale Budget läßt sich nicht so ohne weiteres realisieren.

3.1 Zunächst entsteht die Frage, wie groß denn die Teilbudgets der unterschiedlichen Sozialleistungsträger sind. Und schon allein die Beantwortung dieser Frage ist schwierig, weil man ganz unterschiedliche Maßstäbe anlegen kann und es, soweit es überhaupt versucht wird, auch tatsächlich tut. Ein regionales Gesamtbudget zu konzipieren, setzt die Beantwortung dieser Frage voraus, da die Definition des Leistungsumfanges und der finanziellen Größenordnung der Teilbudgets der einzelnen Sozialleistungsträger Voraussetzung für die Bildung eines Gesamtbudgets ist.

3.2 Welche Sozialleistungsträger sich an diesem Gesamtbudget beteiligen sollten, ist die nächste Frage. Meines Erachtens ist sie mit dem Hinweis auf SGB V, SGB VI, SGB III und BSHG im wesentlichen beantwortet. Allerdings könnte es durchaus strittige Diskussionen darüber geben, inwieweit die Pflegeversicherung mit einzubeziehen ist.

3.3 In den Modellvorstellungen der APK ergibt sich das regionale Budget fachlich systematisch und gleichsam induktiv von unten nach oben auf die beschriebene Weise aus den im Einzelfall notwendigen Aufwendungen. Tatsächlich aber werden die Budgets der Sozialleistungsträger nach ganz anderen – zunehmend stärker vor allem fiskalischen – Gesichtspunkten gebildet. Für den Bereich BSHG ist die Haushaltslage entscheidend, für die Rentenversicherung, die Krankenversicherung und die Bundesanstalt für Arbeit ist daneben die

Frage entscheidend, wieviel Beitragszahler zur Verfügung stehen, in welcher Höhe diese Beitragszahler in Abhängigkeit von ihrem Einkommen Beitragszahlungen leisten und wie der Leistungsumfang politisch definiert wird (z. B. Rehabilitation in der Rentenversicherung, SGB III- Novellierungen). So bleibt festzustellen, daß die Budgets der einzelnen Sozialleistungsträger politisch und nicht fachlich definiert sind, und wir uns darauf einzustellen haben, daß die Budgets bei diesen Sozialleistungsträgern in den nächsten Jahren eher nicht steigen werden (Senkung Lohnnebenkosten) und die Diskussion vor allen Dingen unter dem Gesichtspunkt Reduzierung der Lohnkosten und Arbeitsmarkt geführt wird (vgl. die aktuelle Debatte um Senkung der Rentenbeiträge). So ist davon auszugehen, daß – wenn es überhaupt zu einer regionalen Budgetbildung käme – die finanzielle Steuerung sich auf die Frage beschränken müßte, auf welche Weise die vorhandenen Mittel verteilt würden. Auch dafür allerdings könnte der APK-Ansatz für die definierte Zielgruppe natürlich hilfreich sein. Es könnte auch hilfreich sein – wenn wie zu erwarten – die Auseinandersetzungen auf Landes- und kommunaler Ebene um die Verteilung der knapper werdenden Mittel sich zuspitzen. Mit Hilfe des APK-Ansatzes könnte eine fachliche und fiskalische Argumentation entwickelt werden, die die Forderung nach personenzentrierten Hilfen zweifach begründen könnte.

3.4 Unklar ist in der Diskussion um das regionale Budget auch die Frage, für welche Region das Budget zu bilden ist. Dabei sind sehr unterschiedliche Modelle denkbar, und es wird vermutlich z.B. zwischen Stadtstaaten und Flächenstaaten deutliche Unterschiede geben. Die einzelnen Sozialleistungsträger haben ebenfalls unterschiedliche Organisationsprinzipien und Vorstellungen von Regionen, die es dann anzugleichen gilt.

3.5 Die vorhandenen Budgets sind in der Regel stationär gebunden. Die jetzige einrichtungsbezogene, pflegesatzgeprägte Finanzierungsstruktur hat dazu geführt, die vorhandenen Mittel im wesentlichen für die stationäre Versorgung auszugeben und die vorhandene Versorgungsstruktur erfordert die vorhandenen Mittel – trotz der Veränderungen z.B. im SGB V (§ 40 Vorrang nichtstationärer Maßnahmen zur med. Reha), SGB VI (§ 15 Streichung des Vorrangs stationärer medizinischer Reha-Leistungen), BSHG (§ 3a Vorrang offener Hilfe) in Richtung ambulanter Versorgung. Gerade in Zeiten knapper wer-

dender Mittel bei allen Sozialleistungsträgern ist die Strategie der Umsteuerung des Budgets in den ambulanten Bereich damit nur sehr schwer durch- und umsetzbar, da es auch sehr entschieden und erfolgreich vertretene Interessen bei den stationären Leistungserbringern gibt. Dennoch gibt es Beispiele aus Stuttgart, Berlin, München, Rheinland und Rheinland-Pfalz, in denen modellhaft derartige Umstrukturierungsprozesse versucht worden sind, wenn auch z. T. nur innerhalb des Leistungsbereiches eines Sozialleistungsträgers. Andererseits ist aber nicht zu erwarten, daß der Aufbau ambulanter Strukturen zusätzlich durch die Sozialleistungsträger finanziert wird.

3.6 Selbst wenn die Sozialleistungsträger ein übergreifendes gemeinsames regionales Budget hätten, bleibt noch die Frage, auf welche Weise die Steuerungswirkung dieses Budgets sich entfalten könnte. Wenn man sich die Diskussion über Budgetierung in der Krankenversicherung anschaut, wird deutlich, daß die Definition eines Budgets alleine die gewünschten Steuerungseffekte nicht erbringt. Soll das Budget tatsächlich dazu dienen, die notwendige Umsteuerung vorzunehmen, bedarf es eines fachlichen und fachpolitischen Konsenses über die Ziele, Strukturen und Maßnahmen, die über das Budget finanziert und realisiert werden sollen.

4. Das APK-Modell geht davon aus, daß eine regionale Planungs- und Umsetzungsinstanz, der regionale gemeindepsychiatrische Verbund, Vertragspartner der Sozialleistungsträger ist und entweder mittelbar und unmittelbar die Vertragsgestaltung zwischen Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern wesentlich mitbestimmt. Hierzu muß festgestellt werden, daß die Länder bisher in sehr unterschiedlicher Weise (eher vorbildlich Sachsen und Niedersachsen) und, zusammengefaßt, nur unzulänglich die regionale Planungs- und Steuerungsfunktion rechtlich geregelt und tatsächlich sichergestellt haben. Es gibt nur begrenzt Festlegungen von Versorgungsregionen bzw. von Verfahren zur Bestimmung von Versorgungsregionen, die Einrichtungen und Funktion von Psychiatriebeiräten auf regionaler Ebene ist ebenfalls nur unzulänglich geregelt, die Gesundheitsberichterstattung und Fragen der externen Qualitätssicherung sind weitgehend nach wie vor unregelt, obwohl seit langem sehr intensiv und ausführlich darüber gesprochen wird. Die Aufgaben der Kommune im Rahmen regionaler psychiatrischer Versorgung sind, wenn auch regional unterschiedlich, unzulänglich geregelt und die Zuständigkeit für Leistungen der Ein-

gliederungshilfe ist nach wie vor ein strittiger Punkt. Hier besteht ein erheblicher in der Regel landespolitischer Handlungsbedarf und es ist realistisch anzunehmen, daß diesem Handlungsbedarf länderspezifisch wie bisher auf sehr unterschiedliche Weise entsprochen werden wird.

5. Selbst wenn dies durch Landesgesetzgebung rechtlich geregelt würde, ist die vertragliche Form, in der ein gemeindepsychiatrischer Verbund diese Rolle wahrnehmen könnte, damit nicht geklärt, zumal auch der Bundesgesetzgeber gefragt ist, um die notwendigen sozialrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, z.B. bei der Kooperation der Leistungsträger und der Umsteuerung von Mitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Eine vertragliche Gestaltung setzt aber voraus, daß Regelungen über die Zielgruppen, das Controlling, die Qualitätsstandards, die Berichtspflichten, die Prüfungsvereinbarungen, die angebotenen Maßnahmen, die Preisgestaltung, die Kooperations- und Koordinationsverpflichtung im Einzelfall und bei der Entwicklung der Versorgungsstrukturen, die Versorgungsregionen und Versorgungsverpflichtung etc. entwickelt werden, so daß eine verlässliche Grundlage für die Planung und Umsetzung sowie die vertragliche Gestaltung gegeben sind. Dies ist weitgehend nicht der Fall.

6. Weiterhin gilt es, die Selbstverwaltungen der Sozialleistungsträger davon zu überzeugen, daß sie die notwendigen Weiterentwicklungen nicht blockieren, noch besser fördern sollten.

7. Auch wenn wir die Region, das regionale Budget, die landes- und bundespolitischen Regelungen und den Segen der Selbstverwaltungen hätten, sind weitere, eher technisch-instrumentelle Fragen offen. Nach meiner Kenntnis gibt es keine entwickelten und erprobten Verfahren, auf welche Weise, d. h. in welchen Organisationsformen und welchen Methoden und Instrumenten die folgenden, beispielhaft aufgezählten Aufgaben bewältigt werden können:

- die Budgetbildung und jährliche Fortschreibung
- die Erbringung der notwendigen Koordinations- und Kooperationsleistungen
- die Einhaltung der Verträge und ggf. Durchsetzung von Sanktionen
- die Einzelfallabrechnungen
- das Controlling
- die Vorbereitung, vor allem aber Umsetzung der Entscheidungen

über regionale Versorgungsstrukturen, Maßnahmen und Angebote

- die regionale Gesundheitsberichterstattung
- die Qualitätssicherung
- die Entscheidung über die Standards der Versorgung.

## Ausblick

Da nicht zu erwarten ist, daß die Vielzahl der offenen Fragen demnächst flächendeckend und verbindlich beantwortet werden, bleibt zu fragen, wie kann, soll weitergearbeitet werden – meines Erachtens mit zwei Schwerpunkten.

Der erste Schwerpunkt ist die Verbesserung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, worauf weiter vorne schon hingewiesen wurde. Hierbei sind mehrere Bedingungen zu beachten, damit die Politik die Vorschläge, die es vielfach gibt, auch umsetzt. Es müssen wenige, die Strukturen des Sozialleistungsrechts nachhaltig verbessernde Vorschläge gemacht werden, die die Handlungsmöglichkeiten vor Ort und im Feld verbessern.

Solche Strukturvorschläge, die den Vorteil haben, nichts zu kosten, sind z.B. die Verpflichtung zu verbindlicher Kooperation der Sozialleistungsträger, die Vereinbarung von verbindlichen Vorleistungsverpflichtungen, die Beschränkung der Beantragung von Leistungen auf den Antrag bei einem Leistungsträger und die Ermöglichung der Umwidmung von Mitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Die Durchführung von Modellprojekten dürfte nicht mehr dazu benutzt werden, notwendige und hinreichend begründete Strukturformen zu verschieben, wie z.B. die Notwendigkeit, leistungsträgerübergreifende Leistungserbringung in Form von Komplexleistungen zu ermöglichen oder die Finanzierung ambulanter Versorgung zu Lasten stationärer Angebote.

Weiterhin sollte darauf verzichtet werden, immer neue detaillierte Leistungsdefinitionen im bestehenden Sozialleistungsrecht zu erarbeiten, die bei der bestehenden Rechtslage nur zu neuen Abgrenzungsdiskussionen führen, wie die Beispiele Behandlungspflege, Soziotherapie oder psychiatrische Krankenpflege zeigen.

Der zweite Schwerpunkt liegt in einem strukturierten Erfahrungsaustausch über die vielfältig vorhandenen Versuche, unter den gegen-

wärtigen Bedingungen sinnvolle Leistungserbringung zu ermöglichen, die den Prinzipien des personenzentrierten Ansatzes, des Grundsatzes ambulant vor stationär und der Erschließung nichtfachlicher vor fachlicher Hilfe entsprechen. War vor einigen Jahren die Zahl von Modellen noch überschaubar, so ist es heute nicht mehr möglich, nebenbei bundesweit den Überblick zu behalten, schon gar nicht dann, wenn man in der praktischen Arbeit steckt. Hier wünsche ich mir eine, wie auch immer strukturierte Informationsbörse, die diesen Überblick ermöglicht. Auch wenn sich die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen verbessern sollten, hätte dieser Austausch Sinn, da viele praktische Lösungen so nicht überall neu erfunden und auch Fehler nicht wiederholt werden müssen.

Allerdings, wie dieser Austausch die Informationen über die regionalen Entwicklungen und Projekte strukturiert und der Zugang sichergestellt werden kann, weiß ich nicht. Vielleicht wäre das Nachdenken darüber ein sinnvolles Projekt, das den bekannten sozialrechtlichen Handlungsbedarf nicht behindern, aber für die Praxis ganz viele Anregungen ergeben könnte.



## **II. Rahmenbedingungen und Instrumente der Steuerung**



# Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung – Erfahrungen aus England<sup>1</sup>

**Thomas Becker**

Die Steuerung eines Versorgungssystems und Vorstellungen zur Qualität von Versorgung sind eng miteinander verbunden. Maßnahmen zur Steuerung eines Systems sind nicht ohne Zieldefinitionen, Standards oder Leitlinien vorstellbar (GAEBEL 1998). Unter dem Begriff Steuerung könnte im ungünstigsten Fall verstanden werden, daß angesichts eines unvorhergesehenen Problems (z.B. Ausschöpfung des Budgets zur Jahresmitte) eine Änderung im Versorgungssystem (z.B. Angebotsverknappung, Rationierung) vorgenommen wird. Steuerung als vorausschauende Planung im engeren Sinne impliziert, daß ein Ist-Zustand mit einem Soll-Zustand verglichen wird und aus diesem Vergleich Handlungsschritte abgeleitet werden. Bei der vergleichenden Betrachtung von Steuerung und Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und England sollten demzufolge drei Themen behandelt werden:

1. Gibt es Zieldefinitionen, Standards oder Leitlinien, die für die Versorgung und ihre Planung richtungweisend sind?
2. Gibt es eine Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes (individuell patientenbezogen oder auf Systemebene), und wie regelmäßig und detailliert ist sie?
3. Weist das Versorgungssystem die Flexibilität auf, bei Diskrepanzen zwischen Soll- und Ist-Zustand Adaptationen vorzunehmen, und wie einfach oder kompliziert sind diese umzusetzen?

Im folgenden Text soll geschildert werden, wo und wie Steuerung mit Blick auf die Versorgungsqualität in der aktuellen englischen Psychiatrieversorgung eine Rolle spielt – und zwar sowohl (klinisch) in der Einzelbetreuung als auch für Komponenten oder Aufgaben des Versorgungssystems. Dabei wird auf Konzepte und Termini zu personenzentrierten Hilfen für psychisch Kranke Bezug genommen, wie sie in der deutschen Diskussion in den letzten Jahren entwickelt und als Leitlini-

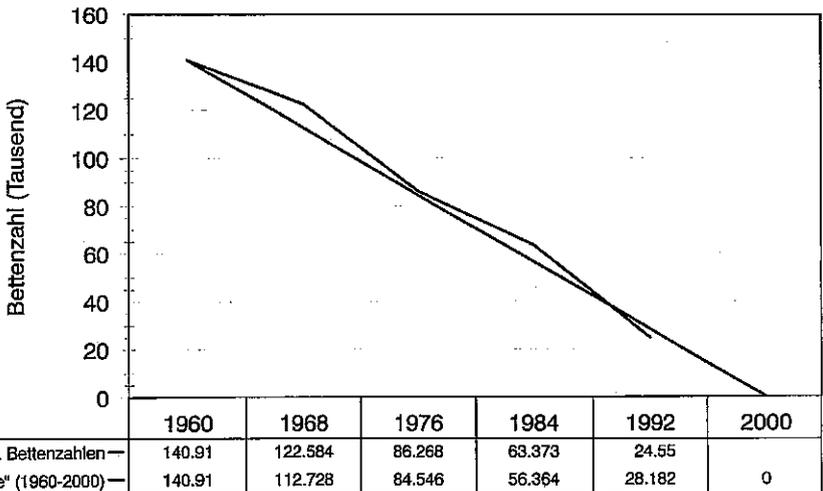
---

1 Dank für Anregungen gilt JONATHAN BINDMAN, AMANDA REYNOLDS und GRAHAM THORNICROFT.

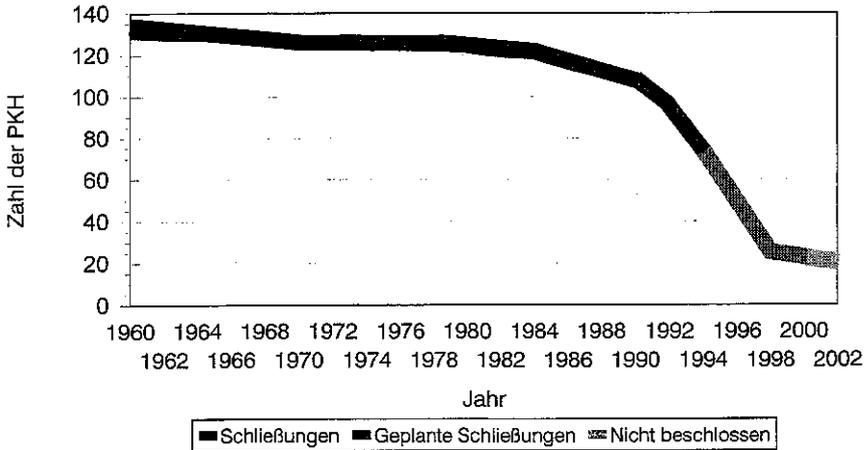
en, Arbeitsmaterialien und Manual publiziert worden sind (Kauder 1997).

### Schließung psychiatrischer Krankenhäuser

Im Jahr 1960 gab es in England und Wales 130 psychiatrische Krankenhäuser (PKH). Die Höchstzahl psychiatrischer Krankenhausbetten lag im Jahr 1954 bei 151.000, mehr als 95% dieser Betten waren in großen, oft isoliert liegenden psychiatrischen Krankenhäusern. Die Regierung ging 1994 davon aus, daß im Jahr 2000 noch ca. 20 PKH in Betrieb sein würden (HEALTH COMMITTEE 1994). Eine aktuelle Erhebung zur psychiatrisch-stationären Versorgung bezog die 130 PKH ein, die 1960 mehr als 100 Betten hatten (DAVIDGE et al. 1994). Abb. 1 und 2 zeigen die Entwicklung der Bettenzahlen und die Abnahme der Zahl psychiatrischer Krankenhäuser seit 1960. Die Schließungsrate war bis Mitte der 80er Jahre konstant, seither hat sich der Prozeß beschleunigt. Die Schließungspläne für die nächsten Jahre bedeuten, daß es zu einer weiteren Beschleunigung kommen wird. Anfang 1994 waren 46 PKH geschlossen, 84 noch in Betrieb. Bei 21 dieser Häuser waren die Schließung und der Verkauf geplant, für 43 PKH bestand der Plan, das Hauptgebäude zu schließen, aber auf dem Gelände psychiatrische Dienste weiterzuführen. Die Zahl noch geöffneter PKH dürfte



**Abb. 1: Verfügbare Betten in PKH - Abnahmerate 1960-2000**  
(nach DAVIDGE und Mitarbeiter, 1994)



**Abb. 2: Psychiatrische Fachkrankenhäuser in England und Wales: Schließungen und Schließungspläne 1960-2000**  
(nach DAVIDGE und Mitarbeiter, 1994)

aktuell (1998) bei ca. 35 liegen. Für die Zeit nach der Jahrtausendwende gab es Mitte der 90er Jahre für 18 Häuser keinen Schließungsplan, für zwei war eine Entscheidung noch nicht gefallen.

Parallel zur Schließung psychiatrischer Krankenhäuser hat sich das Spektrum von Einrichtungen der psychiatrisch-stationären Akutversorgung und des therapeutischen Wohnens erweitert. Bei der Gesamtbettenzahl (unter Einschluß betreuter Wohnplätze) ist in der Dekade von 1982 bis 1992 eine Abnahme von 92.234 auf 85.168 zu verzeichnen, im Jahr 1992/93 kam es erstmals zu einer leichten Zunahme. Einer deutlichen Reduktion bei den PKH (um fast 44.000 entsprechend 63%) steht eine Zunahme um über 7000 bei den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie von fast 15.000 (750%) bei privaten psychiatrischen Betten (oft Spezialangebote, z.B. Behandlung von Eßstörungen, forensische Einrichtungen) gegenüber. Das Angebot therapeutischen Wohnens ist deutlich größer geworden. Der private Sektor hat von einem niedrigen Ausgangsniveau über 10.000 neue Plätze geschaffen, unter denen die gerontopsychiatrischen Betten mit drei Viertel den größten Anteil ausmachen. Auch freigemeinnützige Träger haben ihr Angebot erhöht. Betreute Wohnplätze der örtlichen Sozialhilfeträger bilden zu Beginn der Dekade den größten Teil der Wohnangebote, zehn Jahre später sind sie –

trotz deutlicher Zunahme der absoluten Zahl – relativ hinter dem privaten Sektor auf Platz 2 zurückgefallen. Diese tiefgreifenden Umschichtungen der Versorgungslandschaft müssen bei der Beschäftigung mit Steuerungsprozessen berücksichtigt werden (BECKER 1998).

## **Die psychiatrische Versorgung in England und Wales**

Versorgungsleistungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen werden in England durch den Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) sowie die Sozialdienste der Kommunen (Local Authorities) getragen. Die 'Käufer' (Auftraggeber, Financier) von Leistungen sind Health Commissions (lokale Gesundheitsbehörden, für eine Bevölkerung von durchschnittlich 500.000 Einwohnern zuständig), die innerhalb des NHS und mittels eines von der NHS-Zentrale angewiesenen Budgets Gesundheitsleistungen von den 'Anbietern' einkaufen. Die größten Anbieter sind sog. NHS-Trusts, die (für eine Bevölkerung von im Mittel 250.000 bis 300.000) die ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen zur Verfügung stellen (BECKER 1998). Sie handeln auf Jahresbasis mit den Kommissionen Budgets aus und sind anschließend zur Bereitstellung der entsprechenden Angebote verpflichtet. Es gibt auch andere Anbieter außerhalb der NHS-Trusts. So spielen bei Tages-, Kontakt- und Beratungsstellen sowie betreuten Wohnangeboten, gemeinnützige Träger, z.B. Wohnungsbaugesellschaften eine wichtige Rolle. Auch Selbsthilfeorganisationen wie z.B. MIND bieten Gruppenwohnungen an.

Die zweite Säule der Versorgung sind die Sozialdienste (Social Services) der Gemeinden (Local Authorities), welche eine im NHS and Community Care Act 1990 kodifizierte Verpflichtung bei der Versorgung chronisch Kranker haben (THORNICROFT 1994). Sie finanzieren Hilfen zum Lebensunterhalt, beschützendes Wohnen und rehabilitative Maßnahmen. Die psychiatrische Versorgung in England ist sektoriert, die Verantwortung liegt bei multidisziplinären Teams, deren Verantwortung in der Regel für die ambulante und stationäre Behandlung gilt. Stationäre Behandlungsbereiche haben in der Regel ein eigenes, permanentes Team, andererseits ist das im nicht-stationären Gemeindeteam arbeitende Personal in den stationären Betreuungsprozeß mehr oder weniger engmaschig einbezogen. ONYETT et al. (1994, 1995) berichteten über 517 gemeindepsychiatrische Teams, die in ca. 140 der insgesamt 180 psychiatrischen NHS-Trusts arbeiteten. Daraus wird deutlich, daß

eine flächendeckende Versorgung durch gemeindepsychiatrische Teams in den meisten Landesteilen realisiert ist.

### **Probleme der Versorgung - Beispiel London**

Die psychiatrische Versorgungssituation in London muß vor dem Hintergrund der besonderen, soziodemographischen Struktur gesehen werden. London hat knapp 7 Millionen Einwohner, dies entspricht 14% der Bevölkerung von England und Wales. Die Bevölkerung Londons ist gegenüber dem nationalen Durchschnitt jung, ethnische Minderheiten machen ca. 20% aus, fast alle Asylbewerber des Landes leben hier, ca. 85.000 Menschen sind ohne festen Wohnsitz (inkl. vorübergehende Wohnunterkünfte). Die Wohnbevölkerung ist sehr mobil, 30-40% der Bevölkerung sind alleinlebend, die Arbeitslosigkeit beträgt 12% (Innenstadt 17%), während sie im Landesdurchschnitt nur bei knapp 9% liegt. Bevölkerungsbezogene Raten abgeschlossener Behandlungsepisoden (als Indikatoren psychiatrisch-stationärer Inanspruchnahme) sind in Inner London höher als andernorts (JOHNSON et al 1997). Der Psychiatrie-Anteil des NHS-Gesundheitsbudgets ist in Londons Zentrum höher als in andern Großstädten. Sogenannte Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht) sind in London häufig (für alle Substanzprobleme 36%, Menezes et al 1996).

Psychiatriebetten-Belegungsraten für England und Wales lagen in den 80er Jahren um 85%, Anfang der 90er Jahre stiegen sie auf Werte zwischen 90 und 100% an. Vor diesem Hintergrund sind hohe Belegungsraten zu sehen, die für Inner London für 1994 und 1995 mit ca. 120% angegeben wurden (JOHNSON & LELLIOTT 1997, MILMIS PROJECT GROUP 1995). SHEPHERD et al (1997) wenden sich der Variation der Bettenbelegung in verschiedenen Landesteilen sowie den Überbelegungsgründen zu: Sie finden in einer nationalen, Repräsentativ-Untersuchung von mehr als 2200 Patienten (Zensustag-Studie, Akutstationen), daß die Variation der Bettenbelegungsraten mit dem Ausmaß sozialer Deprivation (Underprivileged Area Score, ein Indikator für Armut/soziale Risiken, s.u.) und mit der jeweils verfügbaren Bettenzahl assoziiert ist. Die Frage nach Alternativen zum stationären Aufenthalt wurde seitens des Behandlungsteams für 27% stationärer Patienten mit 'ja' beantwortet, dieser Anteil stieg bei Aufenthaltsdauern über 6 Monate auf 61% an. Als wichtigste, die Entlassung verhindernde Gründe wurden ein Fehlen adäquaten Wohnraums, ungenügende

ambulante Betreuungsdichte sowie fehlende Langzeit-Rehabilitationsplätze genannt. Die Autoren folgern, daß das Problem der Bettenknappheit seine Antwort nicht allein in der Öffnung neuer Akutstationen, sondern in der Verfügbarkeit eines Spektrums von Versorgungsangeboten findet. Die Betten-/Platzziffern (pro 1000 Einwohner) liegen 1996 für Inner London für Akutbetten zwischen 0,32 und 0,66, geschlossene Betten bei 0,02 bis 0,16, Betten in sicheren Einrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecherinnen und fremdgefährdende Patientinnen liegen bei 0,04 bis 0,23 pro 1000 Einwohner. Hohe Raten finden sich für rund um die Uhr betreutes Wohnen (0,51 bis 2,7 pro 1000), Plätze in anderen Wohnangeboten werden mit 0,1-1,17 angegeben (RAMSAY et al 1997). Für Außenbezirke Londons sind diese Betten- bzw. Platzziffern deutlich niedriger.

Die psychiatrischen Dienste sind nicht überall in London ortsnah und rasch verfügbar. Nur 11% der NHS-Trusts geben an, daß mehr als drei Viertel ambulanter Ärztin-Patientinnenkontakte außerhalb des Krankenhauses stattfinden (typischerweise in Community Mental Health Centers), fast 45% geben an, weniger als 25% der ambulanten Konsultationen seien in diesem Sinn gemeindenah. Häufigster Ort psychiatrischer Notfalluntersuchung (Montag-Freitag 9-17 Uhr) ist die allgemeine Notfallambulanz (Accident & Emergency Department) eines Allgemeinkrankenhauses, es folgen Community Mental Health Centres oder Tageskliniken (21%) sowie psychiatrische Notfallambulanz (14%). Nachts und am Wochenende ist in fast 52% die Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses Anlaufpunkt in psychiatrischen Akutsituationen (JOHNSON et al 1997). Psychiatrische Hausbesuche außerhalb üblicher Bürozeiten sind in 15 von 27 Mental Health NHS-Trusts nicht verfügbar, etwa 10 Trusts halten diese Möglichkeit am Wochenende zwischen 9 und 17 Uhr vor. Die Wartezeit bis zur Benennung einer/s Community Psychiatric Nurse (CPN, psychiatrische Gemeindeschwester /-pfleger) beträgt für 40% der Trusts weniger als 3 Tage, jedoch bei 16% 15-30 Tage; ein Sozialarbeiter ist in 42% nach 3-7 Tagen benannt, dies kann aber wiederum auch 1-2 Monate dauern (10,5%). Die längste Wartezeit bis zur psychiatrischen Akutaufnahme wird 1996 am häufigsten mit 'bis 24 Stunden' angegeben, es folgen Verzögerungen von 1-3 Tage. Fast genauso häufig wird aber ein Fehlen jeglicher Wartezeit angegeben. Das Warten auf ein psychiatrisches Intensivbett (geschlossene Station) wird von 4 Trusts

mit 4-7 Tage angegeben, andernorts finden sich Angaben von bis zu 'mehr als 31 Tage'. Die mittlere Wartezeit auf rund um die Uhr betreutes Wohnen wird mit 2-6 Monaten (35%), 4-7 Wochen (30%), in 10% aber auch mit 'länger als 6 Monate' angegeben. Einen erheblichen Mangel (oder Nicht-Verfügbarkeit) von Tageskliniken geben in Inner London 50% der Trusts an, die Verfügbarkeit von Tageszentren ist besser (58% gut verfügbar). Gemeindepsychiatrisches Personal zeigt im Vergleich zu Krankenhaus- und Ambulanzpersonal höhere unspezifische psychische und psychosomatische Beschwerden, höhere emotionale Erschöpfung, jedoch gleichwertige Arbeitszufriedenheit (PROSSER et al. 1996). Die Daten könnten Ausdruck hoher Arbeitsbelastung, eines hohen Veränderungsdrucks und/oder einer insgesamt angespannten, allgemeinen sozialen Lage in der Metropole sein.

### **Komplexleistungen und ihre Sicherung**

Der Begriff Komplexleistung meint ein umfassendes Hilfeangebot, das sich aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt. Die Sicherung solcher Angebote für Patientinnen und Patienten übernehmen in England multidisziplinäre Teams, welche das Grundmodul der sektorierten Versorgung darstellen. Die mittlere Größe solcher Teams liegt bei ca. 11 Vollzeitstellenäquivalenten, was einer mittleren Zahl von 15 Personalmitgliedern entspricht. Gemeindepsychiatrisches Pflegepersonal (community psychiatric nurses, CPN) stellt die größte Berufsgruppe, weitere Gruppen sind Sozialarbeiterinnen, ärztliches Personal, psychologisches und Ergotherapiepersonal (ONYETT et al. 1994, 1995). Über die Hälfte dieser Teams haben ihre Büros in eigenständigen gemeindepsychiatrischen Zentren, 14% sind räumlich noch in einer stationären Einrichtung untergebracht. Schwere, meist psychotische Erkrankungen bilden mit einem Anteil von 57% die größte Gruppe der von solchen Teams betreuten Patienten und Patientinnen. Über 96%, also fast alle Teams versorgten ein definiertes Einzugsgebiet mit einer Bevölkerung von ca. 60.000. Die Teams haben eine duale Leitungsstruktur: Ärztlich verantwortlich ist ein Consultant Psychiatrist, also eine Psychiaterin mit Leitungsfunktion, daneben liegt die Teamleitung bei einer Team Managerin, die für den Ablauf der Teamarbeit, Personalbelange, Planungsaufgaben und Budgetaspekte zuständig ist. Die berufliche Herkunft von Team Managerinnen ist am häufigsten die Krankenpflege. Die Arbeitsorganisation durch Community

Mental Health Teams begünstigt das Arbeiten in der Gemeinde. Die Verbindungen zu den stationären Diensten sind unterschiedlich eng, Bezugspersonen (key worker) halten während stationärer Aufenthalte aber den Kontakt zu den Patientinnen. Dieser Grundbaustein der Versorgung hat eine „steuernde“ oder „begünstigende“ Funktion in der Versorgung, die Teamstruktur begünstigt das gemeindepsychiatrische Arbeiten, sie ist auf die pragmatische Arbeit mit ambulantem und nachgehendem Schwerpunkt und den Hausbesuch als Standardangebot eingerichtet. Anders gesagt, reflektiert das Versorgungssystem in dieser Hinsicht den Verlauf der englischen Psychiatriereform – und ist damit Resultat eines langfristigen Steuerungsprozesses (BENNETT UND FREEMAN 1991).

### **Care Programme Approach und Supervision Register**

Das Vorhandensein gemeindepsychiatrischer Angebote allein sichert noch nicht die engmaschige Betreuung aller Hilfebedürftigen. Dies ist insbesondere dann schwierig, wenn Patientinnen die Notwendigkeit der Behandlung nicht sehen oder sich mit der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten schwer tun. Die Aufgaben regelmäßiger Betreuung, gerade bei unregelmäßigem Besuch / Unzuverlässigkeit der Absprachen oder aktiver Non-Compliance / Behandlungsabbruch, werden auch erschwert, wenn die Zahl der von einer Bezugsperson (key worker, meist ein Mitglied des Pflegepersonals) betreuten Patientin (case-load) über 30 ansteigt (in London 20 bis 60; Becker 1998). Sorgen über die Sicherstellung engmaschiger Behandlung wurden in England durch die Diskussion über einzelne Gewaltdelikte psychisch Kranker verstärkt, aus deren Untersuchung sich wiederholt Hinweise auf eine nicht ausreichende Betreuungsdichte ergaben (BECKER et al. 1998). Im Jahr 1990 reagierte das Gesundheitsministerium mit einer Richtlinie, die die Bezeichnung Care Programme Approach (CPA) trug, deren Implementierung sich aber um 2-3 Jahre verzögerte (BINDMAN et al. 1998). Inzwischen ist die mehrstufige Vorgehensweise des CPA (Tab 1) in England in der Routinearbeit akzeptiert. Die therapeutische Bezugsperson (key worker, ohne Budgetverantwortung) hat nach dieser Richtlinie sicherzustellen, daß im Betreuungsprozeß immer ein sogenanntes 'needs assessment', also eine Erfassung der Hilfebedürfnisse erfolgt. Diese Erfassung handlungsrelevanter Problembereiche hat die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Lebenssituation

der Betroffenen einzubeziehen und dient im weiteren einer mehrdimensionalen Behandlungsplanung. Der Behandlungsplan, der auf dieser Grundlage zu erstellen ist, wird bei regelmäßigen Treffen (reviews) erstellt bzw. überprüft und adaptiert, bei denen alle an der jeweiligen Betreuungsphase Beteiligten teilnehmen: Neben dem key worker die ärztliche Bezugsperson, Sozialarbeiterin und / oder andere Professionelle, die Betroffene sowie Angehörige oder eine andere Person des Vertrauens. In der Erstellung oder Adaptation des schriftlichen Behandlungsplans werden die besprochenen Interventionen mit den Verantwortlichen festgehalten, schließlich wird ein Termin für ein Anschlußtreffen festgelegt. Die Dokumentation wird allen Beteiligten zugänglich gemacht, der / die key worker lädt zu den Treffen ein.

CPA-Ebene	Patientencharakteristika / Betreuungsform
Ebene 1 (minimal CPA)	umschriebener Hilfebedarf (medizinisch und sozial) psychopathologische Stabilität eine Bezugsperson (z.B. Arzt / Ärztin)
Ebene 2 (more complex CPA)	mittlere Betreuungsintensität oft mehr als 1 Dienst / Einrichtung beteiligt multidisziplinäre Betreuung therapeutische Bezugsperson (key worker) als Koordinator
Ebene 3 (full multi-disciplinary CPA)	Personen mit schweren Psychoseerkrankungen, erheblicher sozialer Funktionsbeeinträchtigung, Selbst- oder Fremdgefährdung therapeutische Bezugsperson (key worker) als Koordinator Supervision Register sollte erwogen werden

**Tab. 1:**  
**Care Programme Approach (modifiziert nach BECKER 1998)**

Die meisten NHS-Trusts führen den Care Programme Approach in einer abgestuften Form durch (BINDMAN et al. 1998). Dies soll der Tatsache Rechnung tragen, daß für eine große Gruppe von Patientinnen die regelmäßige, multidisziplinäre Betreuung nicht erforderlich ist. In diesem Fall wird der Behandlungsplan durch eine Behandlerin (Ärztin) erstellt, mit der Patientin besprochen und modifiziert (1. Stufe). Die zweite Stufe stellt dann die oben skizzierte Vorgehensweise dar, die Betreuung ist multidisziplinär. Die Vorgehensweise nach dem CPA ist in der englischen Praxis gut angenommen worden. Die Grundregeln sind einfach, klar und praktisch. In einer Manager-Befragung (der für CPA zuständigen Professionellen, also praxisnah) bestätigten alle Befragten, daß die CPA-Regulativen befolgt würden. 70% hielten

das Instrument für nützlich, allerdings gaben auch 53% an, daß für eine Umsetzung des geforderten Betreuungsstandards zu wenig Personal zur Verfügung stehe (BINDMAN et al. 1998).

### **Supervision Register**

In vielen Trusts entspricht die dritte CPA-Stufe den Richtlinien des sog. Supervision Register (SR), welches für Patienten mit besonderen Risiken vorgesehen ist (BINDMAN et al. 1998, vgl. auch BECKER 1998). Es zielt darauf, daß Patientinnen nach den Richtlinien des Care Programme Approach versorgt werden, soll ein aktives Follow-up sicherstellen und Kontaktverlust verhindern. Vorgesehen ist es immer dann, wenn Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung oder eine erhebliche Selbstvernachlässigung (severe self-neglect) vorliegen. Es gibt in jedem NHS-Trust ein Mitglied des klinischen Management-Teams, das für die Führung des Supervision Register verantwortlich ist. Die Kerninformation zu einer Patientin und ihrer Behandlung muß jederzeit verfügbar sein. Das Supervision Register führt also keine neuen Instrumente, Erfassungsmethoden, Hilfsmittel, Techniken oder Vorgehenshierarchien in die gemeindepsychiatrische Praxis ein. Es versucht vielmehr, durch Bestimmung einer Patientinnengruppe mit besonderen Risikokonstellationen, die Fokussierung von Aufmerksamkeit und Hilfebemühung auf diese Gruppe von Menschen zu erreichen und damit zu einer Stabilisierung ihres Befindens, Verbesserung der Lebenssituation und Minimierung von Risiken beizutragen.

Zusätzliche Finanzmittel waren für die Implementierung des Supervision Register nicht vorgesehen, es wurden keine verbindlichen Richtlinien für die Risikoerfassung festgelegt. Um die Einführung dieses Instrumentes (SR) hat es in England und Wales eine heftige Diskussion gegeben. Kritikerinnen unter den Psychiaterinnen meinten, es handle sich um eine Initiative, die wenig Gewähr für substantielle Besserung biete. Manager sind zum SR und seiner Umsetzung gefragt worden. Zwar meinten 68% der Befragten, daß SR das Risiko des Kontaktverlustes reduziere und 63%, daß es zu mehr Informationsfluß führe. Jedoch waren von der Nützlichkeit 44% der Klinikerinnen nicht überzeugt, 56% aller Befragten sahen die fehlende Besserung bei der Risikoerfassung als eine inhärente Schwäche an. Zusammengefaßt lautet die Kritik, es handle sich doch überwiegend um eine administrative Papierübung, SR bringe gegenüber dem CPA keine wesentlichen Vorteile, die Ein-

schlußkriterien seien unzureichend definiert und der Fokus liege fast ausschließlich bei der Eindämmung von Fremdgefährdung, die zwar ein zentrales Anliegen sei, aber nicht isoliert zum Schwerpunkt gemacht werden solle (BINDMAN et al. 1998).

### **Supervised Discharge Order**

Der Mental Health (Patients in the Community) Act 1995 führte das Instrument der sog. Supervised Discharge Order (SDO) ein. SDO soll die Supervision Register ergänzen, Thema ist die Behandlungssicherung außerhalb stationärer Versorgungseinrichtungen. SDO erlaubt der verantwortlichen Ärztin bei Patientinnen, die nach bestimmten Sektionen des Unterbringungsgesetzes (Mental Health Act 1983) untergebracht sind, die Beantragung formaler Supervision nach Krankenhausentlassung. Die verantwortliche Consultant Psychiatrist stellt den Antrag, es bedarf zweier unabhängiger ärztlicher Stellungnahmen und der Stellungnahme durch eine Sozialarbeiterin. Ein formeller Konsultationsprozeß ist vorgesehen, ein Behandlungsplan sollte unter Zustimmung aller Beteiligten festgelegt werden. Die Vorführung zur psychiatrischen Untersuchung ist nach SDO zulässig, eine Behandlung gegen den Willen der Betroffenen muß jedoch ggf. auf der Grundlage des Mental Health Act 1983 erfolgen. SDO bietet keine Handhabe zur Behandlung gegen den Willen einer Patientin, die außerhalb eines Krankenhauses ist. Die SDO-Tätigkeit wird von einem 'Supervisor', meist Community Psychiatric Nurse, die auch Bezugsperson (key worker) ist, ausgeübt. Ein Jahr nach Inkrafttreten war SDO bei weniger als 200 Patientinnen eingerichtet worden. SDO ähnelt der Guardianship Order (ähnlich Betreuung nach Betreuungsgesetz in BRD); im Unterschied zur Guardianship Order (sozialarbeiterische Initiative) kann die SDO-Beantragung aber durch die behandelnde Ärztin auf den Weg gebracht werden. Die geringe Anwendung spricht dafür, daß dieses Instrument der Behandlungssicherung bislang auf die Steuerung psychiatrischer Behandlungsprozesse keinen wesentlichen Einfluß genommen hat.

### **Individuelle Hilfeplanung**

Ein (Prozeß-) Ziel der Steuerung gemeindepsychiatrischer Betreuungsprozesse ist die individuelle Hilfeplanung (KAUDER 1997). In England soll diese Forderung u.a. durch (a) die zentrale Stellung der therapeutischen Bezugsperson (Key worker-System) sowie (b) durch die

systematische Bedarfserhebung auf individueller und Bevölkerungsebene eingelöst werden.

### **Key worker**

Die therapeutische Bezugsperson ist meist ein Mitglied des psychiatrischen (Gemeinde-) Pflegepersonals. Sie ist Hauptkontaktperson für die jeweiligen Patientinnen, zuständig für die Sicherstellung der Behandlungskontinuität und Einhaltung der CPA-Behandlungsrichtlinien. Dazu gehören die Einberufung regelmäßiger, interdisziplinärer 'review'-Treffen nach CPA sowie die Überwachung der Einhaltung des Zeitplans der verabredeten Behandlungsschritte und weiteren Betreuungsmaßnahmen (care plan). Dies bedeutet ein eigenständiges Arbeiten im regelmäßigen Kontakt mit der Nutzerin sowie verschiedenen Professionellen im und außerhalb des Teams. Erforderlich sind ein guter Kontakt zur Patientin, Flexibilität, Zuverlässigkeit, die Fähigkeit zur Improvisation, Durchsetzungsfähigkeit und gute klinische Kenntnisse. Eine Tradition von inzwischen über vier Jahrzehnten psychiatrischer Gemeindepflege ist ein wichtiger Grundstein dieses Dreh- und Angelpunktes gemeindepsychiatrischer Praxis in England und Wales (BECKER et al. 1996). CPN gestalten ihre Arbeit mit Hilfe fachlicher Supervision einmal durch erfahrene Pflegekräfte, die jeweils ein Pflegeteam leiten. Andererseits findet die Arbeit ihren Rahmen im Austausch mit der betreuenden Ärztin (sowie Psychologin, Sozialarbeiterin, Ergotherapeutin usw.). Die Zuteilung von Patientinnen beim Erstkontakt erfolgt im Rahmen von sog. 'referral meetings', bei denen in multiprofessioneller Runde die klinische Fragestellung der Überweisenden diskutiert und ein Teammitglied für den Erstkontakt bestimmt wird. Zu den Aufgaben der CPN / key worker gehört auch die Verständigung mit der General Practitioner (GP) als behandelnder Allgemeinärztin. Eine landesweite Datenerhebung Mitte der 90er Jahre (DEPARTMENT OF HEALTH 1997) ergab, daß Patientenkontakte von CPN seit Ende der 80er Jahre jährlich um etwa 8% zugenommen hatten, die mittlere jährliche Zunahme der Zahl betreuter Patienten wurde mit 6,5% angegeben. Pro Behandlungsepisode (im Mittel 5 Monate) wurden ca. 13 Patientenkontakte angegeben, die Zahl neuer Patienten pro Jahr war zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten um ca. 66% gestiegen. CPN hatten 1995/96 fast 5 Millionen Patientinnenkontakte, was einer Zunahme von 7% gegenüber dem Vorjahr entsprach. Erstkontakte hatten (mit 530.000) um 8% zugenommen.

53% aller Kontakte waren Hausbesuche, 21% der Kontakte fanden in NHS-Diensten oder Arztpraxen statt, 11% in stationären Einrichtungen. Die Erstkontaktrate war 11 pro 1000 Einwohner und Jahr (29 pro 1000 bei über 85jährigen).

### Hilfebedarf (needs assessment)

Der Erhebung des Hilfebedarfs umschriebener Bevölkerungen (in jeweiligen Einzugsgebieten) wird im englischen psychiatrischen Versorgungssystem systematische Bemühung zuteil (REYNOLDS UND THORNICROFT 1999). Es liegen Daten des Office for Population Census and Statistics vor, der NHS verfügt über Prozeßindikatoren (Health Commissions: für Bevölkerungen von jeweils ca. 0,5 Million, heruntergebrochen für kleinere Einzugsgebiete, entsprechend den Versorgungssektoren). Die Gesundheitsbehörden (Health Commissions) beziehen die Ergebnisse der Ermittlung von Hilfebedarf in ihre Gesundheitsversorgungspläne ein, die Audit Commission beschäftigt sich auf nationaler Ebene mit der Frage und kann die Evidenz für Teilgebiete zusammenfassen oder entsprechende Untersuchungen in Auftrag geben. Die Mental Health Act Commissions, deren Arbeit der Überwachung der Anwendung des Unterbringungsgesetzes gilt, haben regionale Indikatoren des Hilfebedarfs zu berücksichtigen. Auch die Social Services als zweiter Hauptkostenträger haben eine gesetzliche Verpflichtung zur Erfassung des Hilfebedarfs.

Methoden der Bedarfsermittlung auf Bevölkerungsniveau sind vielfältig (BECKER UND JOHNSON 1998; Tab 2.) In Großbritannien entwickelte Jarman (1983, 1984) auf der Grundlage der Inanspruchnahme von Allgemeinärzten einen Underprivileged Area (UPA) oder Jarman-Score, der die Vorhersage ihrer Arbeitsbelastung erlaubte. Der

- 
- Feldstudien
  - Inanspruchnahmedaten
  - Psychiatrische Fallregister
  - Bedarfsindices (z.B. Jarman Score, MINI)
  - Experten-Standard
  - Delphi-Methode
- 

**Tab. 2:**  
**Methoden der Bedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung (BECKER UND JOHNSON 1998)**

Score legt (in unterschiedlicher Gewichtung) acht Variablen zugrunde (z.B. Bevölkerungsanteil alleinlebender alter Menschen, unter 5jähriger sowie sozialer Klasse V, beengte Wohnverhältnisse, Häufigkeit kürzlicher Adressenwechsel, ethnische Minderheiten). JARMAN et al. (1992) konnten mit dem UPA-Score psychiatrische Aufnahmeeraten vorhersagen. Ein komplizierteres Modell (unter Einschluß von Drogenmißbrauch-Prävalenz und standardisierten Mortalitätsziffern) erlaubte zwar eine noch bessere Prädiktion, die Jarman (UPA-) Methode kann jedoch für noch kleinere Einzugsgebiete (sog. electoral wards, einige Tausend Einwohnerinnen) eingesetzt werden.

Der Mental Illness Needs Index (MINI; GLOVER 1996) wurde als Indikator des Bedarfs an spezialisierten psychiatrischen Diensten in einem definierten Einzugsgebiet entwickelt. Er liegt als Computerprogramm vor und erlaubt Vorhersagen der 1-Jahres-Prävalenzen psychiatrisch-stationärer Aufnahmen. Der MINI erlaubt die Ermittlung erforderlicher Platzzahlen für stationäre oder andere, z.B. Wohn-einrichtungen. Es liegen ihm eine Reihe von Annahmen zugrunde, die einerseits mathematischer Natur sind, andererseits auf Expertenschätzungen beruhen (z.B. Delphi-Methode; Expertenpanel zu Richtwerten erforderlicher Platzzahlen [von ... bis]). Es konnte, z.B. in einer kürzlichen Untersuchung der psychiatrischen Versorgung Londons, gezeigt werden, daß ein Instrument wie der MINI ständiger Aktualisierung und Anpassung an die aktuelle epidemiologische und Versorgungssituation bedarf (BECKER UND JOHNSON 1998, RAMSAY et al. 1997). Unterbleibt diese Anpassung, so können Bedarfsvorgaben, die mit Hilfe dieses Instrumentes erstellt werden, zu unangemessenen Schlußfolgerungen bezüglich der Bedarfsdeckung führen.

Ein Instrument der individuellen Hilfebedarfsaufnahme stellt der Camberwell Assessment of Need (CAN; PHELAN et al. 1995) dar. Das Instrument wird eingesetzt, um die Ansichten der Nutzerinnen (oder der Mitarbeiterinnen) von psychiatrischen Diensten bezüglich des Hilfebedarfs zu erheben. Es werden 22 Hilfebedarfsbereiche behandelt (z.B. Wohnsituation, Ernährung, Haushaltsversorgung, Körperpflege, Tagesaktivitäten, körperliche Gesundheit, psychotische Symptome, Information, Selbst- und Fremdgefährdung, Alkohol / Drogen-Probleme, soziale Kontakte, Partnerschaft, Kinderbetreuung, Lese-/ Schreib-/ Rechenkenntnisse, Telefon, Verkehrsmittel, Geld, Sozialleistungen, Arbeit). Für jeden dieser Bereiche wird erfragt, ob ein Problem besteht.

Wenn ein ernstes Problem besteht, ist dies mit einem Rating '2' verbunden (unabhängig von geleisteter Hilfestellung). Wenn ein Problem nicht ernst ist, weil Hilfe geleistet wird, ist dies mit einem Rating '1' zu bewerten. Wenn es kein ernstes Problem gibt, ist mit '0' zu bewerten. Zusätzlich wird im Falle der Ratings 1 und 2 noch nach Art, Umfang und Angemessenheit geleisteter Hilfen gefragt. Dieses Instrument findet in gemeindepsychiatrischen Evaluationsstudien in England seinen Einsatz, die Gegenüberstellung der Perspektiven von Patientinnen oder Nutzerinnen einerseits und Personal andererseits kann wichtige Ergebnisse zu Tage fördern (z.B. LEESE et al. 1998, SLADE et al. 1996). Solche Untersuchungen sind lohnenswert, auch deshalb, weil sie zu überraschenden Ergebnissen führen können. So können intensive gemeindepsychiatrische Versorgungsangebote beispielsweise die Zahl 'befriedigter Hilfebedürfnisse' erhöhen, ohne parallel die Zahl der ungedeckten Bedürfnisse zu vermindern (LEESE et al. 1998). Es gibt neben dem CAN-Instrument noch weitere Instrumente zur Ermittlung von Hilfebedarf, z.B. das MRC Needs for Care Assessment (BREWIN et al. 1987). Wichtig ist dieser Ansatz deshalb, weil er sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der Ebene eines psychiatrischen Dienstes Erhebungen dazu zuläßt, ob Aspekte des Hilfebedarfs gleich eingeschätzt werden und ob es in den identifizierten Problembereichen adäquate und ausreichende Hilfsangebote gibt. Mit dieser Vorgehensweise ist damit ein wichtiger Baustein bedarfsgeleiteter Steuerung benannt.

### **Lebensfeldbezug - Probleme und Lösungsansätze**

Auf die in englischen Großstädten herrschende Akutbetten-Knappheit wurde bereits hingewiesen. Es handelt sich dabei um eine dringende Aufgabe der Steuerung im Versorgungssystem. Wenn bei aufnahmebedürftigen Patientinnen eine stationäre Aufnahme im zuständigen Krankenhaus nicht möglich ist, wird zunächst ein Bett in einem weiter entfernten NHS-Krankenhaus gesucht. Die Praxis wird mit dem Begriff 'extracontractual referrals' bezeichnet, sie widerspricht selbstverständlich diametral den Prinzipien gemeindepsychiatrischer Versorgung. Führt die Suche in anderen NHS-Häusern nicht zum Erfolg, so werden Patienten/innen in private Einrichtungen aufgenommen. Die Tagessätze betragen in NHS-Betten ca. £110 bis £560, in Nicht-NHS-Betten ca. £220-£310. Zusätzlich ist die angestrebte therapeutische Kontinuität nicht gewährleistet.

Was die Ursachen dieser Krise angeht, lag die Betonung weiter oben bei der sog. 'Fehlplatzierung' jener Patienten auf Akutstationen, die dort nicht über längere Zeiträume verbleiben müßten, wenn das Versorgungsnetz hinreichend intensive, außerstationäre Betreuung (z.B. in Form 24 Stunden betreuter Wohneinrichtungen) oder Rehabilitationsangebote bereitstellen würde (SHEPHERD et al. 1997). Es hat seitens des Gesundheitsministeriums langfristig angelegte Versuche gegeben, z.B. durch die Förderung von Programmen 24 Stunden betreuten Wohnens, den Druck auf die stationären Einrichtungen zu reduzieren. Hier sind erhebliche Fortschritte gemacht worden. Wie oben geschildert, hat im Bereich betreuten Wohnens die Trägervielfalt zugenommen. Gemeinnützige und private Träger, in großem Umfang auch Wohnungsbaugesellschaften, haben das Entwicklungspotential erkannt, das Angebot hat sich vervielfacht. Natürlich bringt die Betreuung Schwerkranker in Nicht-Krankenhaussettings besondere Herausforderungen für das Personal mit sich, dessen psychiatrisch-fachliche Supervision gewährleistet werden muß. Dies wiederum stellt hohe Anforderungen an die Kooperation der verschiedenen, beteiligten Träger und ihrer Mitarbeiterinnen. Unter den sog. Mental Health Inquiries, öffentlichen Untersuchungen, die in England im allgemeinen und London im besonderen Gewaltdelikten durch psychiatrische Patientinnen nachgegangen sind, kommt dem Aspekt der schlechten Kommunikation, unzureichender Informationsweitergabe zwischen den an der Betreuung Beteiligten sowie inadäquater Betreuungsdichte eine zentrale Bedeutung zu (BECKER et al. 1998, LELLIOTT et al. 1997).

Die Entwicklung von Wohnangeboten außerhalb der Krankenhäuser für chronisch und schwer psychiatrisch Kranke macht die Flexibilität und Adaptationsfähigkeit des englischen Versorgungssystems deutlich. REID UND GARETY (1996) haben das Konzept des 'hostel-ward for new long stay patients', also eines im oder in der Nähe des Krankenhauses gelegenen Betreuungsangebotes evaluiert, wie es am Maudsley Hospital von den 70er Jahren bis in die 90er Jahre bestand und aktuell andernorts in England, beispielsweise in Manchester fortbesteht. SHEPHERD et al. (1996) verglichen die Lebensbedingungen in verschiedenen Wohneinrichtungen und fanden, daß die am schwersten beeinträchtigten Patientinnen noch immer unter den schlechtesten Bedingungen – häufig nach wie vor in Langzeitstationen in Krankenhäusern lebten. Es gab Hinweise, daß die Betreuungsqualität für diese

Menschen (mit den schwersten Defiziten) nicht etwa die beste, sondern die schlechteste war. Langzeit-Krankenhausbewohner waren mit ihrer Lebenssituation am unzufriedensten, zufriedener waren die Nutzer verschiedener extrastationärer Träger. Es fanden sich keine systematischen Unterschiede für Betreuungsqualität und Betreuungszufriedenheit zwischen Trägertypen (Sozialdienste der Kommunen, Wohnungsbaugesellschaften, private Einrichtungen und gemeinsame NHS/gemeinnützige Angebote), Persönlichkeit und Führungsstil der jeweils örtlich Verantwortlichen nahmen einen stärkeren Einfluß auf die geschilderten 'Outcome'-Indikatoren (SHEPHERD et al. 1996). LELLIOTT et al. (1996) fanden, daß es in verschiedenen Distrikten des Landes eine Variation um einen Faktor 3 bei der Verfügbarkeit betreuter Wohnplätze insgesamt gab, diese Variabilität war bei den 24 Stunden inklusive Nachtwache (24 hour waking cover) betreuten Angeboten sogar noch größer. In solchen Wohneinrichtungen lebten nach der Erhebung von Lelliott et al. (1996) Menschen mit chronischen und schwerwiegenden psychischen Erkrankungen. Es ist zu einer Konzentration besonders verhaltensauffälliger Patientinnen auf Langzeitstationen gekommen, erfahrenes Personal konzentriert sich dort ebenfalls. Es kann also argumentiert werden, daß es im Umgestaltungsprozeß zu einer relativen Verminderung des Anteils der Angebote für die am schwersten Beeinträchtigtsten gekommen ist. Diese Schilderung des Problem-Zusammenhangs zwischen Akutbettenknappheit einerseits und Wohnangeboten andererseits macht deutlich, daß funktionale Zusammenhänge im Versorgungssystem in England untersucht worden und Strategien zur alternativen Versorgung angesichts der Verkleinerung der Langzeitbereiche in Gang gekommen sind. Deutlich wird aber auch, daß im englischen Reformprozeß trotz solch aktiver Steuerungsmaßnahmen deutliche Engpässe entstanden sind, die für Patientinnen und Angehörige erhebliche Auswirkungen mit sich bringen.

### Schluß

Kehren wir zum Abschluß zu den drei Fragen, die am Anfang dieses Beitrags standen, zurück. Dort wurden Leitfragen genannt, die bei der Betrachtung von Steuerung und Qualitätssicherung von Bedeutung sind: nach (1) Zieldefinitionen und Leitlinien, (2) Bestandsaufnahme und Ist-Soll-Vergleich sowie (3) Planungs-Flexibilität.

---

Psychiatrische Dienste sollten sein / haben / anstreben:

---

- Lokal und zugänglich
  - Umfassend
  - flexibel
  - Konsumenten-orientiert
  - Nutzerbeteiligung
  - ethnisch angemessen
  - Betonung von Stärken (nicht defizitorientiert)
  - Normalisierung
  - Spezifische Bedürfnisse berücksichtigend
  - Rechenschaft verpflichtet
- 

**Tab. 3:**  
**Nationale Leitprinzipien der Gemeindepsychiatrie, formuliert durch MIND (1983)**

- 
- Gesundheit und soziale Funktion psychisch Kranker deutlich zu verbessern
  - Gesamtsuizidrate bis 2000 um mindestens 15% zu reduzieren
  - Suizidrate schwer psychisch Kranker bis 2000 um mindestens 33% zu senken
- 

**Tab. 4:**  
**Health of the Nation Mental Health Targets - Leitlinien nationaler Gesundheitspolitik**

## 1. Zieldefinitionen

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat Leitlinien zur Schizophreniebehandlung veröffentlicht (DGPPN 1998), weitere werden folgen. Die Leitlinien der Psychiatrie-Enquête (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975) und des Berichtes der Expertenkommission (BMJFFG 1988) haben die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland langfristig und nachhaltig beeinflusst. Die englische Reform arbeitet mit einer Fülle von Leitlinien, die Tab. 3 und 4 zeigen Beispiele. In Tab. 3 sind nationale Leitprinzipien aufgeführt, wie sie Anfang der 80er Jahre von MIND, der größten Psychiatrieerfahrenen- und Nutzerinnenorganisation Großbritanniens formuliert wurden. Die Betrachtung der Regierungspolitik, der Zirkulare von Gesundheitsministerium und NHS Exekutive sowie vieler lokaler Initiativen, wie auch einzelne gemein-

depsychiatrische Evaluationsprojekte machen deutlich, daß solche Leitlinien Auswirkung auf die psychiatrische Reformpraxis gehabt haben (BECKER et al. 1998). So ist die Beteiligung von Initiativen von Patientinnen, sog. 'user groups', ein substantieller und alltäglicher Teil des psychiatrischen Planungsprozesses geworden (vgl. BECKER 1998, S.41-43). Auch auf der obersten Ebene der Gesundheitsplanung imponieren die sog. Health of the Nation Targets (Tab. 4) durch die klare Zielvorgabe. REYNOLDS UND THORNICROFT (1999) messen in einem Buch, das dem Management der psychiatrischen Versorgung gilt, diesem Punkt hohe Priorität bei. Die vier Punkte, die in ihrer Sicht Hauptelemente erfolgreicher (Reform-) Projekte sind, sind (1) die Bestimmung klarer Ziele, (2) ein Verständnis der vorgefundenen Außenbedingungen, (3) das Verständnis innerer Stärken und Schwächen eines Projektes sowie (4) die effektive Implementierung.

### **2. Ist-Soll-Zustandsvergleich**

Hier ist die Psychiatriepolitik in England weit vorangeschritten. Der CAN, das oben beschriebene Instrument zur Erhebung des Hilfebedarfs, kann individuell und – aggregiert – auf Systemebene eingesetzt werden. Die Entwicklung von HoNOS, der Health of the Nation Outcome Scale (Wing et al. 1996) zeigt, wie (bei Betrachtung unterschiedlicher Dimensionen) langfristig an einem einfachen Erhebungsinstrument zur summarischen 'Outcome'-Erfassung in der psychiatrischen Versorgung gearbeitet wurde. Die öffentlichen Untersuchungen der letzten Jahre haben schonungslos die Schwächen des Versorgungssystems aufgezeigt, sie sind auf Verbesserung gerichtet und haben kritische Diskussionen in den Medien angestoßen (LELLIOTT et al. 1997). Schließlich gibt es ein neues 'National Mental Health Service Framework' des Gesundheitsministeriums. Die Regierung hat die Psychiatrie als einen von drei Gesundheits-Versorgungsbereichen (neben der koronaren Herzkrankheit und Altersmedizin) herausgenommen, um ein detailliertes Rahmenwerk für weitere Planungsvorgaben zu schaffen. Das Dokument ist im Internet verfügbar (DEPARTMENT OF HEALTH 1999).

### **3. Flexibilität**

Die Frage, ob Steuerung und Versorgungsalltag für das Vorhandensein der erforderlichen Flexibilität sprechen, ist mit einem klaren 'Ja' zu beantworten. Die Einführung der Purchaser-Provider Unterscheidung,

Stichworte wie 'internal market' und die Trägervielfalt als 'mixed economy of care', das sog. 'fundholding' (also Budgetautonomie) größerer Allgemeinpraxen sind Stichworte konservativer Gesundheitsstrukturpolitik, die sich auch auf die Psychiatrie ausgewirkt haben. Die Grundlinien der Orientierung psychiatrischer Versorgungsplanung auf Gemeindenähe, Normalisierung, begleitende Evaluation und wissenschaftliche Evidenz stellen ein Kontinuum dar, sie haben die Regierungen der letzten drei Dekaden nicht unterschieden. Die jetzige, seit 1997 im Amt befindliche Regierung setzt diese Orientierung fort, setzt neue Schwerpunkte (DEPARTMENT OF HEALTH 1999) – und es bleibt zu sehen, wie die Reform weiter vorangetrieben wird. Pragmatismus, Methodenstringenz, Pluralität der Meinungen, die Offenheit der Meinungsbildungsprozesse sowie die bisher erzielten Fortschritte sprechen dafür, daß es nicht um eine Umkehr, sondern um Überprüfung, Adaptation und überall dort um Korrekturen gehen wird, wo diese geboten erscheinen. Die Beobachtungen zur Steuerung und Qualität der englischen Psychiatrieversorgung, die im vorstehenden Text exemplarisch zusammengetragen wurden, bergen eine Fülle interessanter Denkanstöße auch für psychiatrische Reformprozesse andernorts.

## Literatur

- AUDIT COMMISSION (1994) Finding a Place. A Review of Mental Health Services for Adults. HMSO, London
- BECKER T. (1998) Gemeindepsychiatrie. Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Thieme, Stuttgart
- BECKER T., S. JOHNSON (1998) Epidemiologie psychischer Störungen und ihr Einfluß auf den Versorgungsbedarf. In: L. BALK, H. KLEIN, A. SCHMIDTKE (Hrsg) Grundlagen der Bedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung. Eicanos, Bocholt, 25-34
- BECKER T., I. REDMAN, D. PROSSER, G. THORNICROFT (1996) Die Arbeit eines Community Psychiatric Nurse in London. Spektrum 25, 90-96
- BECKER T., F. HOLLOWAY, P. McCRONE, G. THORNICROFT (1998) PRISM study: Evolving service interventions in Nunhead and Norwood: PRISM Psychosis Study 2. Br J Psychiatry 173, 371-375
- BECKER T., S. JOHNSON, G. THORNICROFT (1998) Psychiatrische Versorgung in England – eine Bestandsaufnahme. Sozialpsychiatrische Informationen 28/3, 12-19

- BENNETT D.H., H.L. FREEMAN (eds) (1991) *Community Psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh
- BINDMAN J., A. BECK, G. THORNICROFT (1999) Evaluation mental health policy in England: the Care Programme Approach and Supervision Registers. *British Journal of Psychiatry* 175, 327-330
- BMJFFG (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Bonn, BMJFFG
- BREWIN C., J.K. WING, S.P. MANGEN, T.S. BRUGHA, B. MACCARTHY (1987) Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 17, 971-982
- DAVIDGE M., S. ELIAS, B. JAYES, K. WOOD, J. YATES (1994) Survey of English Mental Illness Hospitals March 1994. Monitoring the Closure of the 'Water Towers'. Inter-Authority Comparisons and Consultancy, University of Birmingham, Birmingham
- DEPARTMENT OF HEALTH (1997) Patient Care in the Community. Community Psychiatric Nursing. Summary Information for 1995-96, England. Government Statistical Service / DH Statistics Division 2B, London
- DEPARTMENT OF HEALTH (1999) The national service framework for mental health. <http://www.doh.gov.uk/nsf/mentalhealth.htm>
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE – DGPPN (1998) Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopf, Darmstadt
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200
- GAEBEL W. (1998) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: GAEBEL W., P. FALKAI (Hrsg), *Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Wien New York, 277-294
- GLOVER G. (1996) The Mental Illness Needs Index (MINI). In: THORNICROFT G., G. STRATHDEE (eds) *Commissioning Mental Health Services*. HMSO, London, 53-57

- HEALTH COMMITTEE (1994) *Better Off in the Community*. HMSO, London
- JARMAN B. (1983) Identification of underprivileged areas. *BMJ* 286, 1705-1709
- JARMAN B. (1984) Underprivileged areas: validation and distribution of scores. *BMJ* 289, 1587-1592
- JARMAN B., S. HIRSCH, P. WHITE, R. DRISCOLL (1992) Predicting psychiatric admission rates. *BMJ* 304, 1146-1151
- JOHNSON S., P. LELLIOTT (1997) Mental health services in London: evidence from research and routine data. In: JOHNSON S., R. RAMSAY, G. THORNICROFT, ET AL (eds) (1997) *London's Mental Health. The report to the King's Fund London Commission*. King's Fund Publishing, London, 167-192
- JOHNSON S., R. RAMSAY, G. THORNICROFT, L. BROOKS, P. LELLIOTT, E. PECK, H. SMITH, D. CHISHOLM, B. AUDINI, M. KNAPP, D. GOLDBERG (eds) (1997) *London's Mental Health. The report to the King's Fund London Commission*. King's Fund Publishing, London
- KAUDER V., AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (1997) *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeits-hilfen 11*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- LEESE M., S. JOHNSON, M. SLADE, S. PARKMAN, F. KELLY, M. PHELAN, G. THORNICROFT (1998) The user perspective on needs and satisfaction with mental health services: the PRiSM Psychosis Study 8. *Br J Psychiatry* 173,
- LELLIOTT P., B. AUDINI, M. KNAPP, D. CHISHOLM (1996) The Mental Health Residential Care Study: classification of facilities and description of residents. *Br J Psychiatry* 169, 139-147
- LELLIOTT P., B. AUDINI, S. JOHNSON, H. GUTE (1997) London in the context of mental health policy. In: JOHNSON S., R. G. RAMSAY, THORNICROFT, ET AL (eds) (1997) *London's Mental Health. The report to the King's Fund London Commission*. King's Fund Publishing, London, 33-44
- MENEZES P.R., S. JOHNSON, G. THORNICROFT, J. MARSHALL, D. PROSSER, P. BEBBINGTON, E. KUIPERS (1996) Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *Br J Psychiatry* 169, 334-337
- MILMIS PROJECT GROUP (1995) Monitoring inner London mental illness services. *Psychiatric Bulletin* 19, 276-280

- MIND (1983) *Common Concern*. MIND, London
- ONYETT S., T. HEPPLESTON, D. BUSHNELL (1994) The organisation and operation of community mental health teams in England. A national survey. The Sainsbury Centre for Mental Health, London
- ONYETT S., T. PILLINGER, M. MUIJEN (1995) Making community mental health teams work. CMHTs and the people who work in them. The Sainsbury Centre for Mental Health, London
- PHELAN M., M. SLADE, G. THORNICROFT, G. DUNN, F. HOLLOWAY, T. WYKES, G. STRATHDEE, L. LOFTUS, P. MCCRONE, P. HAYWARD (1995) The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 167, 589-595
- PROSSER D., S. JOHNSON, E. KUIPERS, G. SZMUKLER, P. BEBBINGTON, G. THORNICROFT (1996) Mental health, 'burnout' and job satisfaction amongst hospital and community based mental health staff. *Br J Psychiatry* 169, 334-337
- RAMSAY R., G. THORNICROFT, S. JOHNSON, L. BROOKS, G. GLOVER (1997) Levels of in-patient and residential provision throughout LONDON. IN: JOHNSON S., R. RAMSAY, G. THORNICROFT, ET AL. (eds) (1997) *London's Mental Health. The report to the King's Fund London Commission*. King's Fund Publishing, London, 193-219
- REYNOLDS A., G. THORNICROFT (1999) *Managing Mental Health Services*. Open University Press, London
- SHEPHERD G., M. MUIJEN, R. DEAN, M. COONEY (1996) Residential care in hospital and in the community – quality of care and quality of life. *Br J Psychiatry* 168, 448-456
- SLADE M., M. PHELAN, G. THORNICROFT, S. PARKMAN (1996) The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31, 109-113
- THORNICROFT G. (1994) The NHS and Community Care Act. Recent government policy and legislation. *Psychiatric Bulletin* 18, 13-17
- WING J.K., R.H.CURTIS, A.S. BEEVOR (1996) *HoNOS. Health of the Nation Outcome Scales. Report on research and development*. Royal College of Psychiatrists Research Unit, London

## **Steuerungsprobleme im Sozialrecht - insbesondere in der Krankenversicherung**

**Peter Mrozynski**

Blickt man auf das letzte Vierteljahrhundert der Entwicklung der Krankenversicherung zurück, so ist es in überdeutlichem Maße durch eine Vielzahl von Gesetzen gekennzeichnet, die alle eine Begrenzung der Kostenlast zum Ziel haben. Die Tradition solcher Kostendämpfungs-, Gesundheitsstruktur- oder Beitragsentlastungsgesetze war über die politischen Veränderungen hinaus ungebrochen. Im wesentlichen ist allen Reformversuchen bisher der so dringend benötigte Erfolg nicht beschieden gewesen. Daß über so viele Jahre hin konsequent immer die falschen Entscheidungen getroffen worden wären, darf man auch bei größter Skepsis nicht behaupten. Es drängt sich eher der Eindruck auf, als sei das System, mit dem wir es hier zu tun haben, nur bedingt steuerbar.

Während die Versuche, die der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren unternommen hatte, zumeist nicht mit dem Begriff der Steuerung verbunden waren, wenn sie ihr auch in der Sache dienen sollten, ist heute der Begriff der Steuerung in aller Munde. Dabei entsteht der Eindruck, als würde Steuerung schon als ein Wert an sich angesehen. Das kann durchaus so sein, wenn man an ein Schiff denkt, das ziellos im Ozean treibt. Es überhaupt wieder steuern zu können, ist ein Wert. Das Bild des ziellos – womöglich kieloben – im Ozean treibenden Schiffes paßt aber auf die Krankenversicherung nicht. Eine Diskussion um die Steuerung macht nur einen Sinn, wenn man sich darüber klar ist, welches Ziel man ansteuert. Wohl nicht ohne Hintersinn wurde für unsere Tagung das Thema Qualität und Steuerung gewählt. Das entspricht ganz und gar nicht der Diskussion, die in den letzten Jahren geführt wurde.

Will man für die Krankenversicherung Ziele benennen, die legitimerweise angesteuert werden können, so ist zunächst auf die allgemeinen Regelungen der §§ 1 und 12 SGB V hinzuweisen. Dort wird einleitend die Eigenverantwortung der Versicherten genannt und der Gesetzgeber hat sie nicht ohne Gründe neben die Solidarität gestellt. In § 12 SGB V wird unter der Überschrift Wirtschaftlichkeitsgebot normiert, daß die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Die uns auch interessierende Frage der Qualität wird

m. E. schon in dem Begriff der Zweckmäßigkeit angesprochen, aber jedenfalls in den §§ 135, 135a, 137a, 137b SGB V für Teilbereiche der Versorgung konkret geregelt. Für die psychiatrische Versorgung wichtig und gewissermaßen in einem Grenzbereich angesiedelt ist die Vorschrift des § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Danach ist bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Diese Regelung hat die Funktion, bestimmte einzelne Leistungen auf die jeweilige Bedarfslage anzupassen. Lediglich so verstanden, würde sie eigentlich nur eine Selbstverständlichkeit regeln. Man kann aus dieser Vorschrift auch eine Befugnis der Krankenkassen herauslesen, die gesamte psychiatrische Versorgung in eine bestimmte Richtung zu steuern. In dem Modellprojekt Soziotherapeutische Maßnahmen haben die Krankenkassen davon durchaus Gebrauch gemacht, ohne daß ich jetzt dieses Modellprojekt oder seine Ergebnisse bewerten möchte.

Wir können aber eines feststellen: Die Rückbesinnung auf einzelne grundlegende Normen der sozialen Krankenversicherung läßt erkennen, daß Steuerung sehr viel mit konzeptioneller Fortentwicklung und auch mit Qualität zu tun hat. Dem steht aber die gegenwärtige Diskussion gegenüber. Zusammenhängen zwischen ökonomischer Steuerung und Qualitätsentwicklung wird nicht gezielt nachgegangen.<sup>1</sup> Zumeist konzentriert man sich auf Fragen der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, der Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse, der Verkürzung von Behandlungsdauern – ganz allgemein auf Einsparungen. Soweit sich diese Diskussion in einer auch für die Wirtschaftswissenschaft nicht mehr typischen Weise auf einen nicht weiter reflektierten Begriff des Wettbewerbs bezieht, berührt sie u. a. so heikle Fragen wie die der Risikoselektion, die nicht anderes bedeutet als den Ausschluß gesundheitlich schwerer belasteter Personen von der solidarischen Sicherung.<sup>2</sup> Wenn eine Versicherung weiß, daß ein relativ kleiner Perso-

- 
1. ROTHGANG, H. (1996), Auf dem Weg zu Effektivitäts- und Effizienzsteigerung? ZSR S. 725.
  2. KÜHN, H (1998), Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken, SF S. 133; STILLFRIED, D. V. (1997), Managed Care in der Praxis, Ersk S. 91; SCHEIL-ADLUNG, X. (1998), Kostensteuerung durch Verhaltensanreize? BKK, S. 150.

nenkreis die relativ höchsten Kosten im Gesundheitswesen verursacht, dann liegt es in der Konsequenz des Wettbewerbs, alles zu tun, damit dieses Risiko nicht übernommen werden muß. Das bedeutet darüber hinaus, daß man solche Verbesserungen in der Versorgung vermeidet, die diese Personen, etwa über die Ausübung des Kassenwahlrechts (§§ 183ff SGB V), anziehen könnten. Dazu besteht für die einzelne Kasse nur dann kein Anlaß, wenn bestimmte Risiken durch den Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V) auf alle Krankenkassen verlagert werden. Andererseits haben einige der Diskussionspunkte zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung auch ihre Berechtigung. Überlegungen zur Sicherung unseres Sozialleistungssystem, auch durch Einsparungen, können nicht an ihnen vorübergehen.

Einen zusätzlichen allgemeinen Aspekt der Steuerung, der ein spezifisches juristisches und im Grunde verfassungsrechtliches Problem benennt, möchte ich hier nur der Vollständigkeit halber erwähnen. Es scheint so, als hätten die klassischen – generell und abstrakt wirkenden – Handlungsformen des Rechtsstaats, Gesetz und Verordnung, ihre Funktion als „die“ Steuerungsinstrumente verloren. Gleichsam an die erste Stelle sind Normen der Verwaltung getreten. Das gilt für das gesamte Verwaltungsbinnenrecht, beginnend bei den innerdienstlichen Weisungen bis hin zu den Richtlinien, denen man in der heutigen Praxis eine erhebliche steuernde Funktion nicht mehr absprechen kann. Darüber hinaus besteht eine Tendenz, diesen Richtlinien im wesentlichen die gleiche Verbindlichkeit zuzusprechen wie ehemals nur dem Gesetz und der Verordnung. Das rührt also an die verfassungsrechtliche Grundlagenfrage, was kann und darf in unserem Staat Rechtsquelle sein? Die Diskussion hat im Sozialrecht gerade erst eingesetzt. Sie ist aber hier besonders brisant, weil das Sozialrecht mehr als die anderen Rechtsgebiete durch untergesetzliche Rechtsnormen gesteuert wird. Dies ist vor allem für die Krankenversicherung festzustellen. Das gesamte Versorgungsgeschehen wird hier in besonderem Maße durch die Richtlinien der Bundesausschüsse (§§ 91, 92 SGB V) gesteuert. Das BSG hat hierzu die sehr weitgehende Auffassung vertreten, daß den Richtlinien die erwähnte Verbindlichkeit zukomme. Damit ist die Praxis des gesamten Gesundheitswesens richtig beschrieben. Doch muß – darüber herrscht Streit – eine derartig grundlegende Frage der Rechtsquellenlehre vom BVerfG beantwortet werden.

## 1. Die überkommenen Steuerungsinstrumente

In den vergangenen Jahren hat sich eine Reihe von Steuerungsinstrumenten entwickelt. Sie entfalten zwar innerhalb der sozialen Krankenversicherung eine gewisse Wirkung. Ihre grundsätzliche Eignung zur Lösung der Probleme wird aber weithin bezweifelt.

Zu nennen sind Negativlisten (§ 34 SGB V), Selbstbeteiligungen (§ 31 Abs. 3 SGB V) sowie Festpreise (§ 35 SGB V) oder Budgets bzw. Richtgrößen (§ 84 Abs. 3 SGB V).

Negativlisten in einem allgemeineren Sinne enthalten Leistungsausschlüsse. Sie können, wie in § 34 SGB V, nur die im Grunde unproblematische Wirkung haben, therapeutisch zweifelhafte, unwirtschaftliche oder solche Arzneimittel von der Versorgung auszuschließen, die bei lediglich geringfügigen Gesundheitsstörungen eingesetzt werden. Aber auch gravierende Leistungsausschlüsse können den Charakter von Negativlisten haben, wie etwa die Beschränkung des Zahnersatzes oder der Behandlung der Kieferanomalie bei bestimmten Altersgruppen (§§ 29, 30 SGB V). Selbstbeteiligungen als weitere Form, wie etwa die Zuzahlungen zu Arzneimitteln (§ 31 Abs. 2 SGB V), bringen der Krankenkassen unbestrittenermaßen zusätzliche Einnahmen, bzw. tragen sie dazu bei, Ausgaben zu senken. Darüber hinaus verspricht sich der Gesetzgeber von ihnen eine Mengensteuerung. Ob sie eintritt, ist bisher zweifelhaft. Eine andere Funktion haben Festpreise. Sie wurden erstmals durch § 35 SGB V in die Krankenversicherung eingeführt. Mit einer gleichen Zielsetzung wurden die Höchstpreise bei Heilmitteln nach § 125 Satz 4 SGB V und neuerdings die Festzuschüsse beim Zahnersatz (§ 30a SGB V) eingeführt. Sie alle bewirken zwar eine eindeutige Begrenzung der Ausgaben für konkrete Leistungen. Da sie aber keine mengensteuernde Funktion haben, können sie dazu nicht proportional Einfluß auf die Gesamtausgaben der Krankenversicherung gewinnen. Bisher noch nicht in der sozialen Krankenversicherung erprobt sind die durch das 2. NOG eingeführten Selbstbehalte und Beitragsrückzahlungen (§§ 53, 54 SGB V).

Selbst wenn man den genannten Instrumenten einen mehr oder minder steuernden Einfluß in der Krankenversicherung zugesteht, so sind die ökonomischen Mechanismen auf dem Gesundheitsmarkt insgesamt doch so, daß nicht nur ihr Einfluß gering bleibt, sondern daß der Markt immer wieder Mechanismen entwickelt (Anpassungsreaktionen), die die Wirksamkeit der Steuerungsinstrumente vermindern.

Dabei handeln die Akteure auf dem Gesundheitsmarkt durchaus aus unterschiedlichen Motiven und mit unterschiedlichen Mitteln, aber oft mit demselben kostentreibenden Effekt. Dies ist für die Versicherten zumeist nicht durchschaubar. Zumindest aber fehlt es an so vielen Voraussetzungen für ein marktgerechtes Verhalten aller Beteiligten<sup>3</sup>, daß in der Krankenversicherung allenfalls eine vage Analogie zu Markt und Wettbewerb möglich ist. Teilweise wird die ökonomische Theorie des Marktverhaltens auf die Krankenversicherung sogar für überhaupt nicht anwendbar erklärt.<sup>4</sup>

Insgesamt ist zu konstatieren, daß die genannten Steuerungsinstrumente ganz überwiegend das Verhalten der Versicherten beeinflussen wollen. Sie dürften aber nur einen sehr begrenzten Einfluß auf dem Gesundheitsmarkt haben. Dieser Markt ist anbieterorientiert. D. h. im wesentlichen bestimmen die Leistungserbringer, welche Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Hier können sich die erwähnten Steuerungsinstrumente ganz unterschiedlich auswirken. So kann ein Festpreissystem zu einer Mengenausweitung führen. Ein festes Budget kann in der Weise zu einer Unterversorgung führen, daß Leistungen nicht zum richtigen Zeitpunkt, nicht in dem ausreichendem Umfang oder der erforderlichen Qualität erbracht werden. Therapeutische Entscheidungen werden nach dem Grade der Ausschöpfung des Budgets getroffen.

Die Diskussion um das Budget nach § 84 Abs. 1 SGB V hat das deutlich werden lassen. Die Neufassung des § 84 Abs. 3 SGB V, die durch die Schaffung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen je Arzt dem Budget die Spitze abgebogen hat, ist als Konsequenz dieser Diskussion zu sehen. Wenn man andererseits jetzt sogar dazu übergeht, Leistungserbringer an Einsparungen zu beteiligen (§ 63 Abs. 3 SGB V), oder eine Liquidation nach der GOÄ auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen (§ 87a SGB V), dann mag das in der Konsequenz betriebswirtschaftlicher Erwägungen liegen. Ob man damit noch dem Ziel – genauer allen Zielen – des § 12 SGB V gerecht werden kann, ist sehr zweifelhaft. Fraglich bleibt hier, wie auch bei

---

3. SCHEIL-ADLUNG, X. (Fußn. 2), S. 91.

4. KÜHN, H. (Fußn. 2), S. 132; anders etwa JACOBS, K. (1998), Gesundheit und Wettbewerb: Forcierung der wettbewerblichen Orientierung als Bestandteil einer offensiven Modernisierungsstrategie für die GKV, SF S. 64.

allen anderen Steuerungsinstrumenten, ob auf diesem Wege eine Wirtschaftlichkeit der Versorgung überhaupt erreicht werden kann. Wahrscheinlich bleiben die Gesamtkosten zumindest gleich. Teilweise werden sie aber aus dem System der Sozialen Sicherung heraus und in die Privathaushalte hinein verlagert. So schlagen sie nicht mehr im Sozialbudget, sondern als privater Konsum zu Buche.

### 2. Psychiatrische Versorgung

Es ist leicht ersichtlich, daß die erwähnten Steuerungsinstrumente in der psychiatrischen Versorgung fast bedeutungslos bleiben werden. Bei ihrer Entwicklung dürfte dieser Versorgungsbereich auch nicht von Interesse gewesen sein. Insbesondere erklärt sich das daraus, daß wir es in der psychiatrischen Versorgung vorrangig mit Dienstleistungen zu tun haben, für die sowieso eigene Steuerungsinstrumente zu entwickeln sind. Eher von Vorteil dürfte dabei sein, daß zumindest die ambulante psychiatrische Versorgung nicht als wesentlicher Kostenfaktor angesehen wird. Das erleichtert es, über Neuerungen nachzudenken und sie zu erproben.

Ein gewisser Einfluß der genannten Instrumente besteht jedoch bei den Heilmitteln, die heute teilweise schon den Charakter therapeutischer Dienstleistungen haben (§§ 32, 124 SGB V). Hier sind Zuzahlungen mit mengensteuernder Funktion auch in der psychiatrischen Versorgung vorgesehen. Schließlich gelten auch in der psychiatrischen Versorgung die mit allen Leistungserbringern vereinbarten Preise als Höchstpreise (§ 125 Satz 4 SGB V).

Seit dem 2. NOG ist in § 43 SGB V vorgesehen, daß Zuzahlungen auch zu leisten sind, wenn die Heilmittel nicht jeweils einzeln vergütet werden. Das betrifft vor allem integrierte Leistungen in der ambulanten Rehabilitation. Schließlich sind jetzt generell die Zuzahlungen in der Rehabilitation so aufeinander abgestimmt worden, daß deren Höhe ohne Einfluß darauf bleibt, ob eine ambulante oder eine stationäre Maßnahme in Anspruch genommen wird (§ 40 Abs. 6 und 7 SGB V). Das alles ist zwar auf die allgemeine Versorgung zugeschnitten, berührt aber auch die psychiatrische Versorgung. Der Einfluß der Steuerungsinstrumente dürfte hier noch geringer bleiben. Zuzahlungen und Höchstpreise sind zwar nicht ganz bedeutungslos, beeinflussen aber das Ausgabengefüge in der psychiatrischen Versorgung nur wenig. Hier müßte sich die Einsicht durchsetzen, daß Instrumente zu entwickeln

sind, die in Verallgemeinerung des Grundsatzes, der in § 27 Abs.1 Satz 3 SGB V zum Ausdruck kommt, auf eine größere Sachgerechtigkeit der Versorgung abzielen.

Im günstigsten Falle würde die psychiatrische Versorgung, die von den meisten Fachleuten als nicht problemangemessen bezeichnet wird, zugleich qualitativ verbessert und wirtschaftlicher gestaltet werden. Allerdings besteht auch hier kein logisch zwingender Zusammenhang zwischen einer „besseren“ und einer „kostengünstigeren“ Versorgung. Man müßte dies erst in kleineren Einheiten erproben und ggf. auch belegen können. In der Psychiatrie wird jedoch mehr als sonst im Gesundheitswesen deutlich, daß mit einem einfachen Einnahme-Ausgabeschematismus nicht einmal zwingend eine wirtschaftlichere Versorgung erreicht wird. Besonders deutlich wird hier auch, daß uns das gegliederte System immer wieder zu der unzutreffenden Annahme verführt, Einsparungen in einem Bereich dieses Systems würden schon zu einer kostengünstigeren Gesamtversorgung führen. Dieser Irrtum hat durchaus eine gesetzliche Grundlage. In § 12 SGB V ist natürlich die Krankenkasse nur für ihren Bereich verpflichtet, sich um eine wirtschaftliche Versorgung zu bemühen. Sollten sich dadurch Kostenverlagerungen oder gar Erhöhungen in andere(n) Sozialleistungsbereiche(n) ergeben, so betrifft das die Krankenkasse nicht. Sie handelt nach den für sie verbindlichen Maßstäben wirtschaftlich. In der Sache wird aber so weder für die Qualität noch für die Wirtschaftlichkeit der psychiatrischen Versorgung als solche irgend etwas erreicht.

Unter Beschränkung auf unserer engeres Thema wird daraus ersichtlich: Zumindest in den Sozialleistungsbereichen, in denen eine enge Zusammenarbeit mehrerer Sozialleistungsträger erforderlich ist, das ist m. E. zumindest die gesamte Rehabilitation Behinderter und damit auch die psychiatrische Versorgung, müssen Steuerungsinstrumente entwickelt werden, die das Postulat einer integrierten Versorgung mit dem Grundsatz einer gemeinsamen Verantwortung der beteiligten Leistungsträger auch für die Wirtschaftlichkeit eben dieser gesamten Versorgung verbinden. Die Verantwortlichkeit im gegliederten System ist dagegen eine segmentierte Verantwortlichkeit. Eine Änderung ist nur durch die Novellierung von Gesetzen möglich. Diese könnte sich aber auf wenige grundsätzliche Normen beschränken. Dabei könnte sich sogar der zusätzliche Effekt einer Gesetzes- und vor allem einer Verwaltungsvereinfachung ergeben. Darauf komme ich zurück.

### 3. Grenzen einer Steuerung nach ökonomischen Grundsätzen

Eine stärkere Orientierung der medizinischen Versorgung an den Marktmechanismen mag im Ansatz vernünftig sein, wo der Versicherte zu marktgerechtem Verhalten motiviert werden kann. Der dafür entscheidende Zeitpunkt wird in der Regel vor der Erkrankung liegen. Es ist also durchaus sinnvoll, ihn zu einem relativ frühen Zeitpunkt, etwa durch einen Selbstbehalt, verbunden mit geringeren Beiträgen, zu einem wirtschaftlichen Verhalten zu veranlassen (§ 53 SGB V). Im Falle einer bereits bestehenden, vielleicht sogar chronischen Erkrankung, und damit wiederum in der Psychiatrie, dürfte dieses Instrument aber versagen. Das gilt auch für die Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln. Für die einzelnen Versicherten ist Gesundheit ein so wichtiges Gut, daß sie im Falle einer Erkrankung zu solchen Aufwendungen immer bereit sein dürften, wie sie im Bereich der Zuzahlungen vorgesehen sind. Deswegen kann auch die Dynamisierung der Zuzahlungen (§ 62a SGB V) zwar zusätzliche Einsparungen bringen, den Steuerungseffekt aber nicht nachhaltig vergrößern.

Die Gesetze des Marktes versagen zudem völlig bei chronischen oder schweren Erkrankungen. Bei ihnen hätte z.B. auch die Möglichkeit der Beitragsrückzahlung (§ 54 SGB V) keinen die Inanspruchnahme von Leistungen steuernden Effekt. Bei geringfügigen Gesundheitsstörungen mag das anders sein. Sie beeinflussen aber das Ausgabengefüge der Krankenversicherung nur unmaßgeblich. Einer Integration der Eigenverantwortlichkeit des einzelnen Versicherten in ein ökonomisches System der Gesundheitsversorgung sind also Grenzen gesetzt. Die gesundheitliche Situation schwer oder chronisch kranker Versicherter ist denn zumeist auch so, daß keiner der genannten Mechanismen einer Steuerung in ihrem Falle wirksam werden kann. Das wiederum bedeutet aber, daß Pflichtversicherte mit einem geringen Krankheitsrisiko von einigen Steuerungsinstrumenten, wie dem Selbstbehalt oder der Beitragsrückzahlung (§§ 53, 54) Gebrauch machen können und sinnvollerweise Gebrauch machen werden. Da sie sich aber als die sogenannten „guten Risiken“ bis zu einem gewissen Grade aus der solidarischen Finanzierung der Krankenversicherung zurückziehen können, beeinflußt das stärker negativ die Einnahme- als postiv die Ausgabenseite der Krankenversicherung.

Soweit diese Entwicklung dazu führt, daß der Krankenversicherung Mittel fehlen, müssen sie durch die anderen oder sogar durch die Beitragszahler ausgeglichen werden, die die „schlechten Risiken“ darstellen.<sup>5</sup> Diese Bedenken stellen sich nur dann nicht ein, wenn der wirtschaftliche Vorteil, der mit einem Selbstbehalt oder mit einer Beitragsrückzahlung verbunden ist, nicht voll an die Versicherten weitergegeben wird, die diese Wahl treffen können. Dann fragt sich aber, ob diese Instrumente überhaupt eine steuernde Wirkung entfalten.

Die Wirkung der genannten Steuerungsinstrumente wird umso schwerer abschätzbar, je mehr man auch die Leistungserbringer mit in die Überlegungen einbezieht. Stellt man für den Kernbereich der Leistungen die einfache ökonomische Tatsache in Rechnung, daß in der Krankenversicherung eine Erste (Patientin) Leistungen bei einer Zweiten (Ärztin) nachfragt, die eine Dritte (Kasse) bezahlt, so sind Steuerungsfehler und letztlich auch Mißbrauchsmöglichkeiten<sup>6</sup> in das System selbst eingebaut.

Aus diesen Gründen besteht für den Gesetzgeber ein ökonomisch-sozialrechtliches Dilemma. Selbst wenn es lösbar ist, so ergibt sich in einer Reihe von Fällen ein Steuerungseffekt, der nicht immer in die Eigenverantwortlichkeit, sondern oft in eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger führt. Nun bestehen im durchschnittlichen Versichertenhaushalt allgemein gewisse Bedenken gegen eine Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe. Sie werden aber nur solange wirksam bleiben, als die Versicherte die gesundheitliche Versorgung irgendwie in den Griff bekommt. Das dürfte bei den Patientinnen der Psychiatrie aber anders sein. Sie sind im allgemeinen sowieso häufiger auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Das heißt also, hier wirkt sich eine Einschränkung der medizinischen Versorgung direkt auf die Ausgabenlast der Sozialhilfe aus. Ein preis- oder mengensteuernder Effekt – der übergreifend über die Krankenversicherung Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren könnte – kann sich also zumeist nicht einstellen.

---

5. KÜHN, H. (Fußn. 2), S. 132.

6. WASEM in: SCHULIN HS-KV § 3 RdNr. 92-95; A. ARNOLD, Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen, NZS 1996 S. 196; MÜLLER, K. (1998), Krankenversicherungsmarkt und Managed Care in der Schweiz, BKK, S. 13; SCHEIL-ADLUNG, X. (Fußn. 2), S. 89.

Keine Versicherte kann in den Fällen schwerer oder chronischer Erkrankung auf die notwendige Behandlung verzichten und nur wenige dürften in der Lage sein, die Kosten dieser Behandlung selbst zu tragen. Der Gesetzgeber hat also zumeist nur die Wahl zwischen der Scylla einer Überforderung der Versichertenhaushalte und der Charibdis einer bloßen Verlagerung der Gesamtkosten innerhalb des gegliederten Systems des Sozialrechts.

### 4. Mindestsicherung in der Sozialhilfe

Die Gesetzgebung der vergangenen Jahre hielt die Linie einer strikten Leistungsbegrenzung ein. Das zeigen besonders die §§ 28 Abs. 2 Satz 7 und 30, 30a SGB V. Sehr geschlossen hat der Gesetzgeber dieses Konzept in der Pflegeversicherung verfolgt. So hat denn auch die Rechtsprechung mit der Auslegung des § 14 Abs. 4 SGB XI insoweit zu kämpfen, als der dort vollständig geschlossene Katalog<sup>7</sup> der berücksichtigungsfähigen Verrichtungen oft zu praktisch wenig sinnvollen Ergebnissen führt.<sup>8</sup>

In der Pflegeversicherung kann man das mit der strikten Begrenzung des Versicherungsfalles und der Leistungen verbundene Problem nur durch flankierende Leistungen in der Sozialhilfe in den Griff bekommen. So wird dort bereits der Versicherungsfall der §§ 14, 15 SGB XI durch die sog. Öffnungsklausel in der Sozialhilfe erweitert. Berücksichtigungsfähig sind nach § 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG in der Sozialhilfe nämlich auch „andere Verrichtungen,“ als sie in den §§ 14 Abs. 4 SGB XI und 68 Abs. 5 BSHG genannt sind. Weitergehende Leistungsansprüche ergeben sich aus den §§ 69b und 69c BSHG. Es ist also eine Tendenz erkennbar, nach der der Schutz in der Sozialversicherung eher begrenzt und die erforderliche Mindestsicherung in der Sozialhilfe verankert wird. Das war im SGB XI insoweit auch sozialpolitisch noch unproblematisch, als die Pflege bis zum 1.4.1995 sowieso in der Sozialhilfe verankert war.

- 
7. Beispielhaft ist die Aufzählung der Verrichtungen in der jeweiligen Merkmalsgruppe. Die vier Merkmalsgruppen sind dagegen nicht erweiterungsfähig.
  8. BIEBACK, K.-J. (1995), Probleme des Leistungsrechts der Pflegeversicherung, SGB, S. 569; MROZYNSKI, P. (1996), Pflege zwischen Versicherung und Sozialhilfe, SGB S. 565, 626; WILDE / PILZ (1997), Behandlungspflege und Beaufsichtigung in der Pflegeversicherung – Zur Bedeutung des Verrichtungskatalogs in § 14 Abs. 4 SGB XI, SGB, S. 409.

Leistungsbegrenzungen in der Krankenversicherung verlaufen zwar nach demselben Prinzip wie in der Pflegeversicherung. Bei der Mindestsicherung durch die Sozialhilfe sind jedoch zwei Varianten zu unterscheiden. Anzuknüpfen ist an § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG. Danach sollen die Leistungen der Sozialhilfe in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden. Das bedeutet nun aber nicht, daß jede Leistungseinschränkung in der Krankenversicherung auch auf die Sozialhilfe durchschlagen könnte. Dies ist nur im Hinblick auf Leistungen der Krankenversicherung möglich, die als medizinisch nicht notwendig angesehen werden. Soweit Leistungen als medizinisch notwendig anzusehen sind, können sie zwar in der Krankenversicherung immer noch der Eigenverantwortlichkeit des Versicherten überlassen bleiben. In der Sozialhilfe gilt jedoch das Bedarfsdeckungsprinzip (§ 2 Abs. 1 BSHG).<sup>9</sup>

Für die Zahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V und insoweit auch allgemein zu § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG hat das BVerwG entschieden: „Eine Begrenzung des Leistungsumfangs auch dahin, daß Sozialhilfe nur in der Höhe gewährt werden kann, in der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommen, ist § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG dagegen nicht zu entnehmen. Während in der gesetzlichen Krankenversicherung Teilleistungen und damit ein dem Versicherten verbleibender Eigenanteil gerechtfertigt sein mögen, ist im Sozialhilferecht die Hilfeleistung so bemessen, daß der Hilfesuchende seinen notwendigen Bedarf tatsächlich in vollem Umfang befriedigen kann.“<sup>10</sup> Das bedeutet also, daß die Sozialhilfe immer dann in vollem Umfang bedarfsdeckend und damit auch ergänzend zur Krankenversicherung eintreten muß, wenn nach den Bestimmungen der letzteren der Versicherte ein Eigenanteil verbleibt und wenn sie diesen nach den Maßstäben der §§ 79ff BSHG nicht allein tragen kann. Diese Rechtsprechung bezieht sich demgegenüber nicht auf Leistungsausschlüsse der Krankenversicherung, die als medizinisch nicht notwendig angesehen werden. Ansprüche auf solche Leistungen bestehen auch nach § 37 BSHG nicht.

---

9. BVerwG 38, S. 307.

10. BVerwG 94, S. 211.

Man wird die Rechtsprechung des BVerwG also auf alle Fälle erstrecken müssen, die einerseits Leistungsausschlüsse in der Krankenversicherung darstellen, die aber andererseits eine medizinisch notwendige Versorgung betreffen. Bei deren Einbeziehung in die Leistungen nach § 37 BSHG kommt es auch darauf an, wie die Motive des Gesetzgebers für die jeweilige Regelung zu bewerten sind. Werden sie als medizinisch nicht notwendig angesehen, so hat das auf die Sozialhilfe einen anderen Einfluß als eine Begründung, die darin zu sehen ist, daß die Versicherte zu mehr Eigenverantwortlichkeit veranlaßt werden soll. Dies setzt voraus, daß sie wirtschaftlich dazu in der Lage ist. Im anderen Falle führt die Steuerung über Leistungsschlüsse nicht in die Eigenverantwortlichkeit, sondern in die Sozialhilfe. Damit wird u. a. auch das Ziel des § 1 SGB V verfehlt.

Was den Steuerungseffekt eines Leistungsausschlusses unter wirtschaftlichem Blickwinkel angeht, so darf man sich nicht auf die Finanzierbarkeit der Sozialversicherung beschränken. Für die Leistungsausschlüsse bei schweren Gesundheitsstörungen ergibt sich aus den Bestimmungen der §§ 79ff BSHG, daß der durchschnittliche Arbeitnehmer- und damit der Versichertenhaushalt, häufig unter dem Blickwinkel seines Einkommens nicht zu einer eigenverantwortlichen Bewältigung des Problems veranlaßt werden kann. Folge ist dann, daß über ihn die Kosten innerhalb des gegliederten Systems nur verlagert werden. Unter Vernachlässigung individueller Besonderheiten kann man die sich aus § 79 Abs. 1 BSHG ergebende Einkommensgrenze für eine Durchschnittsfamilie bei etwa 3500,- DM festlegen. Das Nettoeinkommen vieler Arbeitnehmerhaushalte unter Berücksichtigung aller Sozialleistungen liegt kaum darüber. Selbst wenn das der Fall ist, muß der Träger der Sozialhilfe nach § 84 Abs. 1 BSHG immer noch einen großen Teil der Krankenbehandlung tragen. Einschränkungen ergeben sich wiederum, wenn Vermögen vorhanden ist, das die Beträge des § 88 Abs. 2 Ziffer 8 BSHG übersteigt. Das ist allerdings desöfteren der Fall, dürfte aber bei langer Behandlungsdauer oder bei chronischen Erkrankungen bald aufgebraucht sein.<sup>11</sup>

---

11. Zur Vermögensverteilung auf die einzelnen Bevölkerungsgruppen vgl. BE-DAU, K.-D. (1994), Die Vermögenseinkommen der privaten Haushalte, DIW Wochenbericht 1995/25, S. 437.

## 5. Allgemeine rechtliche Probleme der Steuerung

In ökonomischer Betrachtung könnte sich eine Budgetierung als ein Ausweg aus den Steuerungsproblemen erweisen.<sup>12</sup> Das Budget, wie es allgemein im Sozialrecht diskutiert wird, ist nicht identisch mit dem Psychiatrie-Budget. Es kann also auch die Probleme der psychiatrischen Versorgung nicht lösen. Das Budget ist nichts anderes als ein mehr oder weniger fester Betrag. Er veranlaßt die Beteiligten, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auszukommen. Als flexibles Budget ist es insoweit unproblematisch, als es in klar definierten Ausnahmesituationen überschritten werden kann. Damit ist aber auch der Steuerungseffekt abgeschwächt. Ein festes Budget weist diesen Nachteil nicht auf. Das Sozialrecht muß sich in diesem Falle aber mit dem zumindest theoretisch möglichen Fall auseinandersetzen, daß nach Erschöpfung des Budgets ein einzelner Versicherter mit einem dringlichen Bedarf seinen Anspruch auf eine Leistung (§ 27 SGB V) geltend macht.<sup>13</sup> Kaum realistisch wäre es, in solchen Fällen die Erfüllung des Rechtsanspruchs auszuschließen. Wahrscheinlicher wäre es, daß die Beteiligten in der Vorphase der Erschöpfung des Budgets sehr zurückhaltend entscheiden, so daß dies für einen gewissen Zeitraum zu Einbußen in der Versorgung, insbesondere in ihrer Qualität führen würde. Diese Effekte könnte man vermeiden, wenn man sich bei einer Budgetierung auf die Ebene der für die Behandlung zu leistenden Entgelte beschränken,<sup>14</sup> also alle Ansprüche der Versicherten uneingeschränkt erfüllen würde.

In ökonomischer Hinsicht könnte sich daraus die Konsequenz ergeben, daß die Leistungserbringer versuchen könnten, den Einnahmeverlust durch Mengenausweitungen auszugleichen. Das liegt umso näher, als sich aus der genannten Beziehung Ärztin-Patientin-Kasse auch ergibt, daß die Patientin nur sehr begrenzt eigenverantwortlich an der Zielverwirklichung der §§ 2, 12, 70 SGB V beteiligt ist. Sie vermag in der Regel nicht zu überschauen, welcher Leistungen sie im einzelnen bedarf. Insbesondere vermag sie kaum durchgreifende Er-

---

12. ADAM / HENKE in: SCHULIN HS-KV § 4 RdNr. 40.

13. Das dürfte für das einzelärztliche Budget (§ 84 Abs. 3 SGB V) noch mehr gelten als für das bisherige Globalbudget (§ 84 Abs. 1 SGB V a. F.); vgl. OLDIGES, F.-J. (1997), Sachzwänge zur Leistungsgestaltung – Möglichkeiten und Grenzen der Selbstverwaltung, VSSR, S. 447.

14. ADAM / HENKE in: SCHULIN HS-KV § 4 RdNr. 37.

wägungen darüber anzustellen, wann eine Versorgung ausreichend und wirtschaftlich ist. Deswegen wird es als sinnvoller erachtet, sowohl die medizinische als auch die finanzielle Verantwortung in die Hände der Ärztin zu legen.<sup>15</sup> Dabei wird es für möglich gehalten, ein System wie das der Gesundheitsversorgung so zu steuern, daß das „ökonomische Interesse des Arztes quasi selbstlenkend auch zu dem optimalen gesundheitlichen ‘Outcome’ führt.“<sup>16</sup>

### a) Wettbewerbsrecht

Eine wirksame Budgetierung, die sich auf den Bereich der Leistungserbringer beschränkt, stößt aber auch an andere rechtliche Grenzen. So ist die Angemessenheit einer Vergütung der Leistungserbringer im Hinblick auf Art. 12 Abs. 2 Satz 1 GG grundrechtsrelevant. Mit der Berufsausübungsfreiheit ist das Recht verbunden, eine angemessene Vergütung für die Tätigkeit zu verlangen.<sup>17</sup> Das gilt nicht nur für Dienstleistungen, sondern auch für Waren, also Arzneien und Heilmittel. Darüber hinaus wird jetzt die Frage aufgeworfen, ob das Festpreissystem (§ 35 SGB V) wettbewerbsrechtlich angreifbar ist.<sup>18</sup>

Zu allem kommt hinzu, daß sich nicht erst seit der jüngsten Rechtsprechung des EuGH<sup>19</sup> der deutsche Markt – trotz sozialrechtlicher Eigenständigkeit – aus Gründen des europäischen Wettbewerbsrechts neuen Anbietern öffnen muß. Auf dem wachsenden, anbieterorientierten Markt ist eine Steuerung m. E. nur durch strenge Zulassungsnormen, die nicht den Effekt einer Diskriminierung von EU-Ausländern haben dürfen, möglich. Sofern eine solche Steuerung an der Qualifikation der Leistungserbringer ansetzt, dürfte sie sich auf die Qualität der Versorgung positiv auswirken. Sie könnte so u. U., nämlich im Gefolge

- 
15. Was letztlich an der Gesamtverantwortung des Sozialleistungsträgers aber nichts ändern kann; BVerfG 22 S. 201; BSG SozR 3-5765 § 10 KfzHV.
  16. HILDEBRANDT, H. / DOMDEY, A. / FUCHS G. (1995), Health Maintenance Organizations in den USA, BKK, S. 728; BONVIE, H. / HILDEBRANDT, H. (1997), Managed Care Elemente im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, S F, S. 151, 152.
  17. BVerfG 88 S. 145 (159).
  18. vgl. SCHULTZ, K.-P. (1998), Krankenkassen als Adressaten des Kartellrechts, NZS, S. 269; vgl. dazu bereits BSG (1995), NZ, S S. 502 unter weitgehender Beschränkung auf Art. 12 GG; ablehnend LSG NRW BREITH (1996), S. 343; ebenso SCHELP (1997), NZS S. 155.
  19. EuGH EuZW (1998), S. 343; 345.

einer Qualitätsverbesserung, Kostensteigerungen, jedenfalls aber keine -senkungen zur Folge haben. Dies hat sich etwa im Zusammenhang mit der Qualifikation von Pflegepersonal erwiesen (§ 80 SGB XI). Einen solchen Effekt hat z.B. die Einführung von Altersgrenzen für Ärztinnen nicht.

Andererseits kennt die Krankenversicherung keinen uneingeschränkten Zugang aller geeigneten Marktteilnehmer zur Versorgung. Häufig wird der Zugang aber durch § 20 Abs. 1 GWB n. F. erreicht, weil die Krankenkassen als marktmächtige Unternehmen zu einem nicht diskriminierenden Nachfrageverhalten verpflichtet sind. Dabei stellt sich auch die Frage, wann eine Preisgestaltung als mißbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung anzusehen ist. Das betrifft nicht nur die Anbieter von Arzneien.<sup>20</sup> Kartellrechtlich ist es jedenfalls bedenklich, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen, daß „... zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Preiserhöhungen vorgenommen werden.“<sup>21</sup>

Dessen ungeachtet ist die kartellrechtliche Bindung des marktmächtigen Nachfrager von Waren und Dienstleistungen etwas geringer als die des Anbieters. Er kann insbesondere eine bewährte oder für ihn sonst vorteilhafte Zusammenarbeit auch dann fortsetzen, wenn ein neuer Bewerber Zugang zur Versorgung begehrt. Das wäre etwa eine seit längerer Zeit bestehende Kooperation einer Krankenkasse mit einem Hauspflegedienst. Der Nachfrager von Waren oder Dienstleistungen hat also einen gewissen Spielraum für einen nicht ganz unverfälschten Wettbewerb. Demgegenüber unterliegt der Anbieter von Waren oder Dienstleistungen stärkeren Beschränkungen, weil es in der Regel in seiner Person keinen vernünftigen Grund dafür gibt, irgendeinen Abnehmer seiner Leistungen auszuschließen oder sonst zu benachteiligen.

Das (europäische) Wettbewerbsrecht hat sich allerdings in einer Weise fortentwickelt, die zur Folge hat, daß zumindest allen gleich geeigneten Bewerbern gleiche Zugangschancen zur Versorgung eingeräumt werden müssen. Ein wesentlicher Grundgedanke des europäischen Wirtschaftsrechts, der in der Rechtsprechung des EuGH konsequent umgesetzt wird, ist das Prinzip des „unverfälschten Wettbe-

---

20. BGH NJW (1976), S. 2259 Anm. REICH.

21. DOK (1998), S. 104.

werbs“. Zwar können die Mitgliedstaaten der EU ihre jeweiligen Sozialversicherungs-Monopole in der überkommenen Struktur (Versicherungspflicht, Umverteilung über die Beiträge usw.) aufrechterhalten.<sup>22</sup> An die Grenzen des europäischen Wettbewerbsrechts stoßen jedoch die Sozialversicherungsträger, wenn man berücksichtigt, daß sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben enorme Finanzmittel aufwenden und dabei eine Vielzahl von freiberuflichen, gewerblichen und gemeinnützigen Leistungserbringer heranziehen (z.B. Ärztinnen, Pflegedienste, Wohlfahrtsverbände).

### b) Sozialrecht

Im Sozialrecht müssen wir uns vor diesem Hintergrund der Erkenntnis stellen, daß Sozialleistungsträger und Leistungserbringer auch Unternehmen sind. Daß z.B. Arzneien Waren<sup>23</sup> und therapeutische oder pflegerische Angebote Dienstleistungen sind. Der Vertragsschluß einer Krankenkasse etwa mit einem Pflegedienst kann dann u. U. auch eine wettbewerbswidrige Abrede enthalten. Der Ausschluß eines Leistungsanbieters von der Versorgung der Versicherten kann Ausdruck des Mißbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung sein. Schließlich kann die finanzielle Förderung bestimmter sozialer Projekte mit dem grundsätzlichen Verbot der Subventionierung kollidieren (Art. 92 EGV). Insbesondere läßt sich nicht die Auffassung vertreten, gemeinnützige Träger wären keine Unternehmen. Im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts sind sie das schon dann, wenn sie zu anderen Leistungserbringern in Konkurrenz treten. Das aber tut z.B. der Hauspflegedienst eines Wohlfahrtsverbandes.

Im Detail sind die Fragen wesentlich komplizierter und die Antworten, die bisher gefunden wurde, sind sicher noch nicht endgültig. Wir müssen uns aber auf diese uns bisher im Sozialrecht grundsätzlich fremde wirtschaftsliberale Sichtweise einstellen. Das materielle Sozialrecht, die Ansprüche des Leistungsberechtigten selbst, werden dadurch aber nur am Rande berührt. Es sind vor allem die Leistungserbringer, die sich mit einer neuen Situation konfrontiert sehen.

Das deutsche Sozialrecht ist bislang von dem Grundsatz geprägt, daß Sozialleistungen nur im Inland erbracht werden. Insbesondere ruht

---

22. EuGH EuZW (1996), S. 277.

23. EuGH EuZW (1994), S. 119.

der Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung, solange sich die Versicherte im Ausland aufhält (§ 16 Abs. 1 Ziffer 1 SGB V). Von dieser Einschränkung werden auf der Grundlage vieler internationaler Sozialversicherungsabkommen Ausnahmen gemacht. Auch das Recht der EU mußte wegen des Grundsatzes der Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen von Anfang an immer auf abweichende Regelungen bedacht sein (Art. 18ff der VO EWG 1408/71). Dieser sozialrechtliche Grundsatz hat aber auch eine wettbewerbsrechtliche Seite und diese wird vom EuGH immer stärker betont: „Eine nationale Regelung, die die Erstattung der Kosten für Zahnbehandlung durch einen Zahnarzt in einem anderen Mitgliedstaat nach den Tarifen des Versicherungsstaats von der Genehmigung des Trägers der sozialen Sicherheit des Versicherten abhängig macht, verstößt gegen die Art. 59 und 60 EGV. ...“<sup>24</sup>

Nach Auffassung des EuGH dürfen die Besonderheiten bestimmter Dienstleistungen nicht dazu führen, daß diese nicht unter den elementaren Grundsatz des freien Verkehrs fielen. ... Daß Dienstleistungen zum Bereich der sozialen Sicherheit gehören, schließt die Anwendung der Art. 59 und 60 EGV also nicht aus. Eine nationale Regelung, die die Leistung von Diensten zwischen Mitgliedstaaten im Ergebnis gegenüber der Leistung von Diensten im Innern eines Mitgliedstaates erschwert, verstößt gegen Art. 59 EGV. Rein wirtschaftliche Gründe können eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs nicht rechtfertigen. Allerdings kann eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der eine solche Beschränkung rechtfertigen kann. Jedoch hat die Erstattung von Kosten einer Zahnbehandlung, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wurde, nach den Tarifen des Versicherungsstaats keine wesentlichen Auswirkungen auf die Finanzierung des Systems der sozialen Sicherheit.

Unabhängig davon können die Mitgliedstaaten den freien Dienstleistungsverkehr nach den Art. 56 und 66 EGV aus Gründen der öffentlichen Gesundheit beschränken. Das erlaubt ihnen jedoch nicht, den Gesundheitssektor als Wirtschaftssektor hinsichtlich des freien Dienstleistungsverkehrs vom elementaren Grundsatz des freien Verkehrs auszunehmen. Das ergibt sich vor allem daraus, daß die Bedin-

---

24. EuGH NZS (1998), S. 280.

gungen des Zugangs und der Ausübung der Tätigkeiten der Ärztin und der Zahnärztin Gegenstand mehrerer Koordinierungs- oder Harmonisierungsrichtlinien sind. Hieraus folgt, daß in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen für die Zwecke des freien Dienstleistungsverkehrs als ebenso qualifiziert anerkannt werden müssen wie im Inland niedergelassene.

Dies ist nicht das einzige Urteil des EuGH zur grenzüberschreitenden Erbringung von Sozialleistungen. Ebenso wurde zu den Pflegeleistungen und zum Brillenkauf entschieden.<sup>25</sup> Erste Konsequenzen werden von den Krankenkassen im Grenzbereich gezogen. In der Region um Aachen gibt es bereits ein erstes Modellprojekt grenzüberschreitender Leistungserbringung, das sich auf die angrenzenden Gebiete zu den Niederlanden und Belgien erstreckt.<sup>26</sup> Im Ergebnis bedeutet diese Rechtsprechung, daß es auf einem sowieso schon anbieterorientierten Markt noch mehr Anbieter gibt.

Die in das Sozialrecht einbrechende wettbewerbsrechtliche Argumentation des EuGH hat einige Aufregung verursacht. Das ist jedoch nicht ganz verständlich. Wenn man das Sozialrecht, u. a. über den Begriff der Steuerung, hin zu betriebswirtschaftlichen Überlegungen öffnet, dann muß man sich letztlich auch den Gesetzen des Marktes stellen. Das bedeutet vor allem, daß die Grundsätze des Wettbewerbs und des Wettbewerbsrechts Geltung auch im Sozialrecht beanspruchen müssen, soweit es um die Erbringung von Leistungen und damit um die Verwendung enormer Finanzmittel geht. Man sieht sich dann unverhofft mit der Tatsache konfrontiert, daß Festpreise für Arzneimittel (§ 35 SGB V) als ein möglicherweise unzulässiges Preiskartell angesehen werden.<sup>27</sup> Längst auf dem Prüfstand der Gerichte steht die Praxis mancher Sozialleistungsträger, bei der Auswahl der Leistungserbringer Maßstäbe anzulegen, die wettbewerbsrechtlich außerordentlich zweifelhaft sind. Man kann nämlich nicht übersehen, daß es sich hier um die Vergabe von Aufträgen handelt, die für manchen Leistungserbringer, zumal im Gesundheitswesen von existenzieller Be-

---

25. EuGH EuZW (1998), S. 217; EuGH NZS (1998), S. 283.

26. HOFMANN, B. / KOCHS, U. (1998), Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in Grenzgebieten, BKK, S. 306.

27. SCHULTZ, K.-P. (Fußn. 19), S. 269.

deutung sind.<sup>28</sup> Im Wettbewerbsrecht besteht die einfache Regel: Bei gleicher Eignung müssen grundsätzlich alle Anbieter gleiche Chancen auf Marktzugang haben. Aus dieser europarechtlich im wesentlichen unstreitigen Tatsache, hat der deutsche Gesetzgeber erst nach mehreren Anläufen im Vergaberechtsänderungsgesetz die richtige Konsequenz gezogen. Er hat jetzt das gesamte öffentliche Auftragswesen auf eine klare rechtsstaatliche und wettbewerbsrechtliche Grundlage gestellt. Die §§ 97ff GWB n. F. orientieren sich jetzt unter Einbeziehung des Leistungserbringerrechts an dem Grundsatz des unverfälschten Wettbewerbs.<sup>29</sup>

Nach mehrjährigen Diskussionen muß man heute von der politisch zwar noch immer umstrittenen, aber rechtlich gesicherten Auffassung ausgehen, daß auch das deutsche Wettbewerbsrecht einen funktionalen Unternehmensbegriff verwendet. Das heißt, daß diese Vorschrift nicht nur auf Unternehmen der öffentlichen Hand Anwendung findet, sondern auch auf Betätigungen der öffentlichen Hand selbst, die sich als Teilnahme am Wirtschaftsverkehr darstellen. Das betrifft also auch die Beschaffungsgeschäfte der Sozialleistungsträger. Ausgenommen ist nach deutscher Rechtstradition die hoheitliche Tätigkeit.<sup>30</sup> Dennoch wird man zumindest im Hinblick auf die Rechtsentwicklung in der EU durchaus auch solche Verträge der wettbewerbsrechtlichen Kontrolle unterstellen müssen, die von der öffentlichen Hand mit Privaten als öffentlich-rechtliche Verträge geschlossen werden. Das gilt m. E. vor allem für die Kostenvereinbarungen nach § 93 BSHG.<sup>31</sup> Ausgeschlossen von der wettbewerbsrechtlichen Beurteilung bleibt also nur diejenige hoheitliche Tätigkeit, die keine Marktteilnahme darstellt.<sup>32</sup> Letztere betrifft etwa die Entscheidung über die generelle Zulassung von Leistungserbringern. Das bedeutet im Ergebnis, wir müssen unter dem Einfluß des Europäischen Rechts von einer deutschen Tradition Abschied nehmen, die den unbestreitbaren Vorzug hatte, den Staat nicht als Wirtschaftsunternehmen anzusehen.

---

28. HERMES, G. (1997), Gleichheit durch Verfahren bei der staatlichen Auftragsvergabe, JZ, S. 909.

29. Neufassung des Gesetzes in BGBl I (1998), S. 2547.

30. ODESKY, W. (1993), Kartellrechtliche Kontrolle des Handelns der öffentlichen Hand, Festschrift für Lerche München, S. 949.

31. BGHZ 116, S. 339; BVerwG 94, S. 202.

32. PIETZCKER, J. (1978), Der Staatsauftrag als Instrument des Verwaltungshandelns, Tübingen, S. 374.

Infolge des Einflusses des Europäischen Rechts ist abzusehen, daß die künftige Entwicklung im Sozialrecht dadurch gekennzeichnet sein wird, daß grundsätzlich alle Anbieter von Waren oder Dienstleistungen ein Recht auf freien und gleichen Zugang zur Versorgung haben. Diese Gleichheit des Zuganges zur Versorgung schließt es aber nicht aus, daß durch strenge Zulassungsvoraussetzungen die Qualität der Leistungen gesichert wird. Insbesondere hindern die europarechtlichen Normen über die Dienstleistungsfreiheit (Art. 59, 90 EGV) nicht daran, Qualitätsstandards zu schaffen. Damit ist keine Diskriminierung verbunden. Ähnlich wie das Bundesverfassungsgericht ist der Europäische Gerichtshof<sup>33</sup> der Auffassung, daß die Dienstleistungsfreiheit durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses, hier interessierend also durch fachlich begründete Zulassungskriterien, eingeschränkt werden kann. Darin liegt keine Diskriminierung.<sup>34</sup> M. E. ist die Sicherung der Qualität der Versorgung nur durch die Schaffung einer allgemeinen sozialrechtlichen Zulassungsnorm nach dem Vorbild der §§ 124ff SGB V möglich und auch zulässig.

Insoweit hat sich die Rechtslage in Deutschland unter dem Einfluß europäischer Normen nicht geändert. Die Änderung besteht aber darin, daß die Sozialleistungsträger ihre Beschaffungsgeschäfte, das sind auch alle Verträge mit den Erbringern von Leistungen, nicht mehr allein nach haushaltsrechtlichen Grundsätzen betreiben können. Es gewinnen zunehmend die europarechtlichen Grundsätze des unverfälschten Wettbewerbs an Einfluß.

Dieser unverfälschte Wettbewerb kann auch eine heilsame Wirkung haben. Einer Tendenz zur Bevorzugung einzelner Leistungserbringer wird entgegengewirkt. Unter günstigen Voraussetzungen könnte sich sogar ein Qualitätswettbewerb ergeben. Im Augenblick liegt es aus Gründen der Kostenentwicklung allerdings näher, daß das jeweils preisgünstigste Angebot bevorzugt wird.

In einem gewissen Gegensatz zu der streng wettbewerbsrechtlich orientierten Rechtsprechung auch im Leistungserbringerrecht, hat der EuGH den Einrichtungen, die gemeinnützig tätig sind, eine gewisse

---

33. EuGH NJW (1979), S. 1764; EuGH NJW (1982), S. 1203; EuGH NJW (1994), S. 2013; EuGH EuZW (1995), S. 404 Anm. REICH.

34. BECKER, U. (1996), Voraussetzungen und Grenzen der Dienstleistungsfreiheit, NJW, S. 179.

Sonderstellung eingeräumt. Diese Sonderstellung beschränkt sich aber auf das System der Fürsorge, also des Sozialhilferechts. Die Rechtsprechung des EuGH hat für die freie Wohlfahrtspflege in Deutschland insoweit große Bedeutung, als sie letztlich eine Ausnahme vom Wettbewerbsrecht darstellt. Allerdings darf man nicht übersehen, daß § 93 BSHG den Vorrang der freien Wohlfahrtspflege aufgehoben hat. Ist das aber der Fall, dann gelten auch hier die Grundsätze des unverfälschten Wettbewerbs. Allerdings wäre der Gesetzgeber europarechtlich nicht gehindert, zu der alten Regelung des § 93 BSHG zurückzukehren.<sup>35</sup>

Die Entscheidung des EuGH zu den gemeinnützigen Trägern ist vor dem Hintergrund seiner wettbewerbsrechtlichen Rechtsprechung zu sehen. Der Gerichtshof betrachtet auch gemeinnützige Leistungserbringer als Unternehmen. Er ist jedoch der Auffassung, daß in ihrer alleinigen Beteiligung an der Durchführung von Leistungen der Sozialhilfe nicht der Mißbrauch einer marktbeherrschenden Stellung zu sehen ist. Aus dem Urteil läßt sich im Grunde nur ableiten, daß der EuGH der Auffassung ist, eine gemeinnützige Betätigung könne grundsätzlich nicht zu einer marktbeherrschenden Stellung führen. Insbesondere läßt sich aus dem Urteil nicht ableiten, die Niederlassungsfreiheit für gemeinnützig tätige Träger wäre eingeschränkt. Diese üben eine selbständige Erwerbstätigkeit aus. Sie sind insbesondere auch als Unternehmen zu betrachten, weil sie in Konkurrenz zu anderen tätig werden.

### c) Fazit

Insgesamt können wir am Beispiel einer Vielzahl von Einflußfaktoren, die noch durch die sogleich darzustellende Rechtsprechung des BSG ergänzt werden, feststellen, daß wir es im Gesundheitswesen tatsächlich mit den Parametern „Markt“ und „Wettbewerb“ zu tun haben. Was überrascht, ist die Naivität, mit der man auf die positiven Wirkungen der Marktkräfte setzt. Wenn wirklich das ökonomische Interesse des Arztes gleichsam selbstlenkend auch zu dem optimalen gesundheitlichen Outcome führen würde, dann wäre der Markt tatsächlich das probate Mittel zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen. Zu diesem Glauben kontrastiert aber die Tatsache, daß die Länder, deren

---

35. EuGH EuZW (1998), S. 124.

Gesundheitswesen am stärksten durch marktwirtschaftliche Anreize geprägt ist (Schweiz, USA), im internationalen Vergleich die höchsten Gesundheitskosten haben.<sup>36</sup> Es wird auch darauf hingewiesen, daß nicht zufällig kein Gesundheitssystem bürokratischer wäre als das amerikanische Wettbewerbssystem.<sup>37</sup> Das sind Wertungen und die Mängel mögen viele und sehr unterschiedliche Ursachen haben. Es ist aber nicht erkennbar, daß eine Orientierung auf Markt und Wettbewerb hier zu einer Lösung der Probleme beigetragen hätte.

### 6. Teilweise Verlagerung der Steuerungsfunktionen

Die ökonomischen Tatsachen werden durch zwei grundlegende rechtliche Aspekte unterstrichen. Das BSG ist zum einen der Auffassung, daß das Rahmenrecht des Versicherten aus den §§ 27ff SGB V erst durch die Richtlinien nach § 92 SGB V hinreichend konkretisiert werde. Gleichsam auf der Stufe darunter wird nach Auffassung des BSG die Vertragsärztin mit der öffentlich-rechtlichen Rechtsmacht beliehen, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Eintritts des Versicherungsfalles der Krankheit für die Versicherten und die Krankenkasse verbindlich festzulegen. Unter dem Blickwinkel der Steuerung hat diese Rechtsprechung zur Folge, daß es auf einem so-wieso anbieterorientierten Markt in erheblichem Maße die Anbieter sind, die das Leistungsgeschehen bestimmen.

#### a) Erste Stufe der Konkretisierung: Die Richtlinien

In der Praxis ist es jedermann geläufig, daß sich die entscheidenden Gesichtspunkte zur Versorgung etwa mit Heilmitteln nicht aus § 32 SGB V, sondern aus den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien<sup>38</sup> ergeben. Zu der sehr schwierigen Frage der rechtlichen Bedeutung solcher Richtlinien hat das BSG anfangs eine Position eingenommen, die man als Verbindlichkeit im Innenverhältnis mit einer zusätzlichen faktischen Außenwirkung gegenüber den Versicherten im Sinne eines antizipierten Sachverständigengutachtens charakterisieren kann.<sup>39</sup> Dies ist angesichts der insgesamt noch klärungsbedürftigen Frage der Richtlinien

---

36. Vgl. SCHEIL-ADLUNG, X. (Fußn. 2), S. 201.

37. KÜHN, H. (Fußn. 2), S. 132.

38. BArbBl (1991), 2, S. 31.

39. BSG 73, S. 287, 288.

als rechtlich immerhin möglich, insbesondere auch als praktikabel anzusehen. Normkonkretisierenden Charakter und damit eine verbindliche Außenwirkung hat das Gericht den Richtlinien jedoch zunächst nicht beigemessen.

Inzwischen hat das BSG in den Entscheidungen mehrerer Senate seine Rechtsprechung fortentwickelt und ist auch den rechtlichen Bedenken entgegen getreten. Speziell zu den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Ziff. 5 führt der 1. Senat aus: „Die Richtlinien der Bundesausschüsse sind Teil eines umfassenden Gefüges untergesetzlicher Normen, die von den zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gebildeten Körperschaften der Krankenkassen und (Zahn)Ärzte aufgrund gesetzlicher Ermächtigung gemeinsam zu dem Zweck erlassen werden, eine den Vorgaben des Gesetzes entsprechende ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die dabei praktizierte Form der Rechtssetzung durch Kollektivverträge (Normsetzungsverträge) zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ergänzende Regelungen, die von gemeinsamen Gremien der (Zahn)Ärzte und Krankenkassen beschlossen werden, hat ... ihren Grund in zwei tragenden Prinzipien des deutschen KV-Rechts, nämlich auf der einen Seite dem Sachleistungsgrundsatz und auf der anderen Seite dem Leitbild des freiberuflich tätigen Arztes als Träger der ambulanten medizinischen Versorgung. Ihrer Verpflichtung, den Versicherten die benötigten Leistungen als Naturalleistungen kostenfrei zu verschaffen und sich dazu der Mitwirkung niedergelassener Ärzte und anderer selbständiger Leistungserbringer zu bedienen, können die Krankenkassen nur durch Abschluß entsprechender Verträge mit den Leistungserbringern nachkommen. Das zur Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung ... entwickelte ... öffentlich-rechtliche System kollektivvertraglicher Beziehungen zwischen den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden und den Körperschaften der Ärzte und Zahnärzte setzt die Zuweisung von Normsetzungsbefugnissen an die Vertragspartner voraus; denn es kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn die in Gesamtverträgen und Mantelverträgen vereinbarten Regelungen nicht nur die vertragschließenden Körperschaften, sondern auch die durch sie repräsentierten Vertragsärzte und Versicherten binden.“<sup>40</sup>

---

40. BSG BREITH (1998), S. 382; BSG SozR 3-2500 § 92 Nr. 7.

Trotz der praktisch sinnvollen Ergebnisse wird man dem BSG entgegenhalten müssen, daß man auf eine grundsätzliche und ins Einzelne gehende Klärung der in die Rechtsquellenlehre hineinreichenden Fragen auf Dauer nicht verzichten kann.<sup>41</sup> Am Ende seiner Analyse des hier interessierenden Teils der Krankenversicherung bezeichnet der 1. Senat das verfassungsrechtliche Problem als eines der Frage nach der Rechtserzeugungskompetenz. Im Gegensatz zu den vom Gericht genannten Regelungstypen ist es aber bei den Richtlinien nicht ganz zweifelsfrei, ob sie in vollem Umfange demokratisch legitimiert sind. Insbesondere wird die Verbindlichkeit der Richtlinien nun auch auf die Versicherten, die Beitragszahlerinnen und die Leistungserbringer erstreckt, was bisher so nicht geschehen war. Gerade weil die Versicherten und die Beitragszahler an der Normsetzung durch Richtlinien nicht beteiligt sind, wird man ihre verpflichtende Wirkung ausführlicher begründen müssen. Läßt sich eine solche Begründung nicht finden, so wird man die überkommene Auffassung, der Rechtsanspruch der Versicherten ergäbe sich ausschließlich aus den §§ 27ff SGB V, beibehalten müssen. Für ihn und für die Gerichte hätten die Richtlinien dann lediglich einen norminterpretierenden Charakter. Das führt natürlich zu Diskrepanzen im Verhältnis Ärztin, Krankenkasse und Versicherte. Aber eine so zentrale verfassungsrechtliche Frage, wie sie mit den Richtlinien nach § 92 SGB V aufgeworfen ist, kann weder nach Gesichtspunkten der Praktikabilität noch nach denen der richtigen Systematik entschieden werden.

Tatsächlich läßt sich für die Richtlinien als Rechtsnormen mit Außenwirkung eine außerordentlich schwache demokratische Legitimation finden.<sup>42</sup> Aus der Sicht der Versicherten haben die Bundesverbände der Krankenkassen anstaltliche Züge. In ihren Verwaltungsräten sind auch die Versicherten repräsentiert. Entsprechendes gilt aus der Sicht der Vertragsärzte für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Deswegen kann man den Bundesausschuß als gemeinsames Organ

---

41. OSSENBÜHLM, F. (1997), Richtlinien im Vertragsarztrecht, NZS, S. 497; SCHWERDTFEGER, G. (1998), Die Leistungsansprüche der Versicherten im Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V, NZS, S. 49, 97; SOLDAN, H. (1998), Normsetzungsverträge im Sozialversicherungsrecht, NZS, S. 305; DI FABIO, U. (1998), Verlust der Steuerungskraft klassischer Rechtsquellen, NZS, S. 449.

42. SCHWERDTFEGER, G. (Fußn. 42), S. 51, 52.

selbstverwalteter Anstalten deuten. Seine Ermächtigung zum Erlaß von Richtlinien kommt in § 92 SGB V klar zum Ausdruck. Nicht ohne Gewicht ist auch der Hinweis auf die Fach- und Rechtsaufsicht der Bundesgesundheitsministerin als Mitglied der demokratisch legitimierten Bundesregierung (§ 94). Da die Notwendigkeit einer Ausdifferenzierung der untergesetzlichen Rechtsquellen in der modernen Verwaltung nicht bezweifelt werden kann, ist es nicht ausgeschlossen, daß das BVerfG das vom BSG entwickelte Konzept einer Konkretisierung des Rahmenrechts über Richtlinien trotz schwacher demokratischer Legitimation halten wird.

**b) Zweite Stufe der Konkretisierung: Entscheidung durch die Vertragsärztin**

Unterhalb der Ebene der Richtlinien ist es vor allem die Vertragsärztin, die einen entscheidenden Einfluß auf die Versorgung hat. Nach Auffassung des 3. Senats kann sie als „Schlüsselfigur„ der Versorgung angesehen werden. Bei Ausstellung der Verordnung handelt sie kraft der ihr durch das Kassenarztrecht verliehenen Kompetenzen als Vertreterin der Krankenkasse.<sup>43</sup> Die vertragsärztliche Konkretisierung des Rahmenrechts erfolgt grundsätzlich auch für die Behandlung im Krankenhaus.<sup>44</sup>

Uneingeschränkte Zustimmung muß die neue Sichtweise um Verhältnis des Leistungs- und des Leistungserbringerrechts finden. Eine Diskrepanz beider oder einen Vorrang des einen vor dem anderen kann es nicht geben. Beide dienen demselben Ziel. Das BSG betont aber auch, daß die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung letztlich immer beim Sozialleistungsträger liegen muß.<sup>45</sup> Die Konkretisierung des Rahmenrechts kann also nie in der alleinigen Verantwortung der Vertragsärztin liegen.

Verallgemeinernd gilt also: auf der Basis der Richtlinien nach § 92 SGB V ist die Vertragsärztin befugt, das Rahmenrecht der Versicherten aus den §§ 27ff SGB V zu konkretisieren. Diese Rechtsmacht erstreckt sich ferner darauf, im Rahmen und in den Formen der kassenärztlichen Versorgung (§§ 72 Abs. 2, 92 SGB V) mit rechtlicher Bindung für die zuständige Krankenkasse im Leistungsverhältnis zum Versicherten fest-

43. BSG 77, S. 194.

44. BSG SGB (1997), S. 127; dazu MEYDAM, J. (1997), SGB, S. 101.

45. BSG SozR 3-5765 § 10 KfzHV Nr. 1.

zusetzen, welche nach Zweck oder Art bestimmten Dienste oder Sachen zur Krankenbehandlung medizinisch notwendig zu erbringen sind. Die Krankenkasse kann der Versicherten nicht entgegenhalten, daß sie die Diagnose für falsch oder die verordnete Leistungsart für nicht notwendig hält. Sofern die Ärztin pflichtwidrig handelt, muß eine Klärung im Verhältnis Krankenkasse/Vertragsärztin erfolgen (vgl. § 106 SGB V). Das Gericht konstatiert in diesem Zusammenhang einen weitgehenden Ausschluß des normalen Verwaltungsverfahrens der §§ 8ff SGB X.<sup>46</sup> Das bedeutet auch eine Verminderung der Steuerungsmöglichkeiten für die Krankenkasse. Die rechtsstaatlichen Funktionen eines geordneten Verfahrens werden in gleichem Maße vermindert.

Das Steuerungsproblem, das sich hier aus ökonomischer Sicht einstellt, besteht darin, daß wir es im Gesundheitswesen mit einem anbieterorientierten Markt zu tun haben. Auf den Ebenen, der Erstellung von Richtlinien durch Ärztinnen und Krankenkassen und der Konkretisierung des Rahmenrechts durch die Vertragsärztin kann sich ein Steuerungseffekt ergeben, der zu einer Erscheinungsform der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung führt, die Leistungseinschränkungen für Versicherte mit einem Einnahmeausgleich für die Leistungserbringer verbindet. Man kann nicht übersehen, daß sich die Gesundheitspolitik der letzten Jahre in diese Richtung entwickelt hat (vgl. §§ 13 Abs. 2, 30, 30a, 87a, 63 Abs. 3 SGB V).<sup>47</sup> Ob das alles zu Einsparungen im Gesamtsystem führen kann, ist jedenfalls bisher noch nicht plausibel gemacht worden. Demgegenüber wird die Auffassung vertreten, im Mittelpunkt der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems stünde immer weniger die Lösung von Gesundheitsproblemen der Bevölkerung, als vielmehr die Einkommenserwartungen von Anbietern, die wirtschaftliche Bedeutung gesundheitspolitischer Ausgaben oder die beschäftigungspolitischen Impulse der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.<sup>48</sup>

---

46. BSG 73, S. 278, 279; BSG SGB (1997), S. 127; MEYDAM, J. (1997), Die Konkretisierung des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung durch Leistungen des Krankenhauses, SGB, S. 101.

47. Vgl. KRASNEY, O. E. (1998), Das Erste und Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, NJW, S. 1738, 1739.

48. SCHEIL-ADLUNG, X. (Fußn. 2), S. 89.

## 7. Neue Steuerungsansätze

Alles in allem ist man mit den Steuerungskonzepten bisher immer bald an Grenzen gestoßen. Wohl auch deswegen diskutiert man seit einigen Jahren in Deutschland das aus dem amerikanischen Gesundheitswesen übernommene Steuerungskonzept der „managed care“. Es beinhaltet die Gestaltung von Versorgungsabläufen aus der Perspektive des Kostenträgers, d. h. mit dem Interesse, bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven in der medizinischen Versorgung zu erschließen. Sofern hier die entscheidenden Funktionen in die Hände der Ärztin gelegt werden, wäre es nach deutschem Recht bedenklich, weil ihr so weitgehende Aufgaben auch nach der neueren Rechtsprechung des BSG zur Funktion der Vertragsärztin nicht zukommen können. Hier muß vielmehr die Gesamtverantwortung für die Versorgung beim Sozialleistungsträger liegen. Man darf also die Behandlungsentscheidung nicht, wie im Managed-Care-Konzept durchaus intendiert, auf eine allein verantwortlichen Primärärztin übertragen. Das schließt nicht aus, daß auch nach deutschem Recht wesentliche Aufgaben durch die Ärztin oder einen anderen Leistungserbringer übernommen werden.

Das Managed-Care-Konzept kann durchaus so funktionieren, daß Versicherte gegen einen Beitragsnachlaß auf die freie Wahl der Ärztin oder des Krankenhauses verzichten. Der dann im Einzelfall entscheidenden Ärztin können lenkende Aufgaben übertragen sein. Für sie werden ökonomische Anreize in Form von Teilausschüttungen eingesparter Mittel, etwa aus dem Krankenhausbudget, geschaffen. Sie „ist daher an einer zurückhaltenden Indikationsstellung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen interessiert.“<sup>49</sup> In diesem Zusammenhang wird es als empirisch nachweisbar bezeichnet, daß eine Beziehung zwischen therapeutischen Entscheidungen der Leistungsanbieter und ihrer Honorierung besteht. Damit wirft das Managed-Care-Konzept für die Ärztinnen nicht nur fachliche sondern auch ethische Probleme auf,<sup>50</sup> und zwar in zweierlei Hinsicht. Sollte die Ärztin nur aus wirtschaftlichem Interesse bei der Indikationsstellung zurückhaltend sein, so führt das zu Konflikten mit ihrem ärztlichen Berufsethos. Wohl häufiger werden Teilausschüttungen an Ärztinnen ins Auge gefaßt, um die Veran-

---

49. BONVIE, H. / HILDEBRANDT, H. (1997), Managed Care Elemente im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, SF, S. 151.

50. SCHEIL-ADLUNG, X. (Fußn. 2), S. 198 – 201.

lassung von Leistungen zu vermindern, die sowieso nicht medizinisch notwendig sind. Das geschieht erklärtermaßen in dem Erprobungsmodell des BKK-Praxisnetzes.<sup>51</sup> Auch in verschiedenen anderen Regionen werden in Bonusverträgen zusätzliche Vergütungen dafür vereinbart, daß eine medizinisch sowieso nicht begründbare Erbringung von Leistungen unterbleibt.<sup>52</sup>

In diesen Fällen erfolgt im Grunde eine Honorierung dafür, daß ein Mißstand abgestellt wird. Dies mag in der Konsequenz einer Wettbewerbsorientierung liegen. Unter rechtlichem Blickwinkel ist dieses Vorgehen außerordentlich zweifelhaft. Den Krankenkassen ist für diese Fälle durch § 106 SGB V eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgegeben. Sie ist zugegebenermaßen nicht immer mit Erfolg durchführbar. Dennoch dürfte eine Mittelverwendung mit dem Ziel, Ärzte oder andere Leistungserbringer zu einem gesetzmäßigen Verhalten zu bewegen, gegen § 30 Abs. 1 SGB IV verstoßen. Teilausschüttungen sind also nur in dem kleinen Umfange zulässig, in dem zu einer kostenträchtigen aber den leistungsrechtlichen Vorschriften entsprechenden Maßnahme eine therapeutisch richtige, gleichermaßen gesetzmäßige aber billigere Alternative gefunden wird. Lediglich im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung (§ 63 Abs. 3 SGB V) können derzeit Teilausschüttungen für jede Art der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in Erwägung gezogen werden.

Man muß diese Zusammenhänge nicht ausschließlich unter einem rechtlich negativen Vorzeichen beurteilen. Es dürfte wohl unbestritten sein, daß die Krankenversicherung mit einer Übereinstimmung der Interessen der Versicherten nach maximalen Leistungen und den Interessen der Leistungserbringer nach einer Vermehrung der Leistungen zu kämpfen hat. Nach seinem Selbstverständnis versucht das Managed-Care-Konzept das ökonomische Interesse der Ärztin, das in einem System der Einzelleistungsvergütung eher auf eine Leistungsvermehrung gerichtet ist, in einem System von Fall- oder gar Kopfpauschalen (Captation) aufzufangen. Im Idealfall richtet sich das ökonomische

- 
51. HAUCK, K. / HELLBERGER, CHR. (1998), Erprobungsmodelle zur Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitswesen – Das BKK-Praxisnetz in Berlin, SF, S. 139.
52. Vgl. OLDIGES, F. J. (1998), Wechselwirkung zwischen Leistungsrecht und Vertragsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung, SF, S. 73.

mische Interesse der Ärztin jetzt auf eine Optimierung von Qualität, Kostenersparnis und Patientenzufriedenheit.<sup>53</sup> Das Managed-Care-Konzept läßt aber selbst erkennen, daß diese Zufriedenheit eine Zufriedenheit der dem jeweiligen Versicherungsträger erwünschten Patientinnen ist. Deswegen ist es zweifelhaft, ob der Idealfall einer ökonomischen Rationalität überhaupt und insbesondere in der psychiatrischen Versorgung eintreten kann.

Nicht die ökonomische Rationalität des Managed-Care-Konzepts interessiert in der psychiatrischen Versorgung, sondern der gestalterische Impetus, der von ihm ausgeht. So sieht man denn auch die Stellung der Krankenkassen heute im Wandel vom passiven Kostenträger zum aktiven Mitgestalter des medizinischen Versorgungsprozesses.<sup>54</sup> Um zu dieser Einsicht zu gelangen, bedurfte es allerdings nicht des Managed-Care-Konzepts sondern nur der praktischen Umsetzung einer Entscheidung des BVerfG aus dem Jahre 1967.<sup>55</sup> Im übrigen darf man auch nicht die unterschiedlichen Verhältnisse auf den beiden Gesundheitsmärkten übersehen. Das deutsche Recht ist in den vergangenen Jahren zwar umgestaltet worden, es unterscheidet sich aber in vieler Hinsicht von dem amerikanischen System. Insbesondere haben wir in der deutschen Krankenversicherung ein bis in viele Details hinein normiertes Leistungserbringerrecht. U. a. deswegen wird es kaum möglich sein, daß die Krankenkassen den für die weitere Kostenentwicklung bedeutungsvollen Erstkontakt zur frei gewählten Ärztin in einer Weise normieren könnten, daß deren Einfluß deutlich vermindert wird. Andererseits wird man z.B. beim Aufenthalt im Krankenhaus eine Intervention der Krankenkasse mit dem Ziel einer Verminderung der Aufenthaltsdauer durchaus für möglich halten können. In diesem Zusammenhang wird allerdings darauf hingewiesen, daß solche Interventionen in den USA dazu geführt haben, daß u. a. multimorbide Psychiatriepatientinnen durch Pflege in einer unzureichenden häuslichen Umgebung davon abgehalten werden, in der stationären Akutversorgung hohe Ausgaben zu verursachen.<sup>56</sup>

---

53. HILDEBRANDT, H. / DOMDEY, A. / FUCHS, G. (1995), Health Maintenance Organizations in den USA: Eine Einführung, BKK, S. 727.

54. STILLFRIED, D. v. (Fußn. 2), S. 41.

55. BVerfG 22, S. 201, 202.

56. STILLFRIED, D. v., (Fußn. 2) S. 47.

Wenn man das Konzept der Managed Care als für die psychiatrische Versorgung ungeeignet ansehen muß, dann aus den schon zu den anderen Steuerungsinstrumenten genannten Gründen. Das Konzept ist zu stark auf den somatischen Bereich beschränkt. Es setzt voraus und es muß nach seinem Kalkül voraussetzen, daß der Verlauf der Krankheit und die entscheidenden Kostenfaktoren bekannt sind.<sup>57</sup> Das entspricht nicht der Realität der psychiatrischen Versorgung.

Ein typischer und für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchaus konsequenter Vorgang besteht z.B. darin, daß man bei Hüftgelenkoperationen eine geradezu strategische Ablaufplanung anstrebt und auf diese Weise den Krankenhausaufenthalt auf zwei bis drei Tage beschränkt. Hier geht es also um die Verminderung von Versorgungsleerläufen. Nicht mehr ganz unbedenklich ist, daß man unter dem Kostendruck versucht, das finanzielle Risiko der Absicherung im Krankheitsfall durch Pauschalvergütungssysteme an nachgeordnete Vertragspartner abzugeben. Das kann zu Qualitätseinbußen führen. Zudem dürfte darin eine im deutschen System nicht zulässige Verlagerung von Verantwortlichkeiten zu sehen sein. In der psychiatrischen Versorgung kommt hinzu, daß sich hier das Risiko nicht in einer Weise kalkulieren läßt wie bei einer Blinddarmoperation. Unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung ist der entscheidene Einwand gegen dieses Steuerungskonzept darin zu sehen, daß die mit ihm verbundenen Denkansätze teilweise auch in der psychiatrischen Versorgung Geltung beanspruchen könnten. Wenn man dem Managed-Care-Konzept etwas für die psychiatrische Versorgung abgewinnen kann, dann nur deswegen, weil es das Augenmerk stärker auf den Leistungsträger als verantwortlichen Mitgestalter gerichtet hat.<sup>58</sup>

Die Steuerung in der psychiatrischen Versorgung – und meines Erachtens auch in vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens – muß nach anderen Grundsätzen verlaufen. Ausgehend von der Erkenntnis, daß es zumindest politisch nicht möglich sein wird, das gegliederte System, so wie es sich in 100 Jahren entwickelt hat, grundlegend zu verändern, wird man sich um Verbesserungen des Systems als solches und nicht nur jeweils einzelner seine Teile bemühen müssen. Insbeson-

---

57. HILDEBRANDT, H. / DOMDEY, A. (1996), Disease Management, Ersk, S. 57.

58. MÜLLER, K. (Fußn 7), S. 13.

dere würde lediglich eine Anpassung von Vorschriften des SGB V die psychiatrische Versorgung nicht grundlegend verbessern, wie es sich an der Regelung des § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V erwiesen hat. Man muß sich darauf konzentrieren aber auch darauf beschränken, konkrete Schwachstellen im Gesamtsystem zu bezeichnen und zu beseitigen. Das kann durch einige wenige Grundlagenregelungen geschehen.

- Das bedeutet etwa, daß durch eine präzisere Fassung des § 17 SGB I frühzeitig Einfluß auf die Entwicklung der sozialen Infrastruktur genommen wird. Inhalt und Ausgestaltung der Sozialleistungen selbst müssen bestimmend für die jeweilige Organisationsform eines Dienstes oder einer Einrichtung sein.
- Was den Zugang zu Sozialleistungen angeht, so muß das gesamte Antragsverfahren so umgestaltet werden, daß im Verhältnis zur Versicherten auch dann immer nur ein Leistungsträger entscheidet, wenn mehrere Leistungsträger sachlich zuständig sind. Alle anderen notwendigen Entscheidungen sind ausschließlich im Innenverhältnis der Leistungsträger untereinander zu treffen. Dieses Antragsverfahren ist mit der Zulässigkeit von vorläufigen und Teilverwaltungsakten zu verbinden.
- Des weiteren sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß bei Versorgungsübergängen von einem zu einem anderen Leistungsbereich jeder Leistungsträger unabhängig von seiner originären sachlichen Zuständigkeit die erforderlichen Leistungen (weiter) erbringen kann und auch zu erbringen hat. Das darf sich nicht auf die herkömmliche Vorleistung beschränken. Es muß vielmehr eine zuständigkeitsübergreifende Leistungspflicht begründet werden. Dies wäre im Gesetz durch Regelbeispiele zu normieren. Sie müssen sich an den typischen Übergangsproblemen im gegliederten System orientieren.
- Schließlich ist durch Gesetz zu regeln, daß die Leistungsträger auch gemeinschaftlich integrierte Leistungen erbringen können, wo dies sachlich erforderlich ist. Sie müssen in die Lage versetzt werden, gemeinsam durchzuführende Maßnahmen anteilig zu finanzieren. Das würde eine Änderung der Rechtsgrundsätze über die Mittelverwendung, insbesondere des § 30 SGB IV, voraussetzen.
- Durch eine besondere, die einzelnen Sozialleistungsbereiche übergreifende generelle Zulassungsnorm für die Leistungserbringer

könnte man trotz eines im Prinzip nicht beschränkbaren Zugangs zur Teilnahme an der Versorgung, die Qualität eben dieser Versorgung sichern. Darüber hinaus müßte man die Zulassung davon abhängig machen, daß die Leistungserbringer alle leistungsrechtlichen und organisatorischen Vorgaben beachten. Auf dieser Ebene wären außer den Vergütungsregelungen auch Vereinbarungen über Qualitätssicherung, Versorgungsregionen und Versorgungspflicht, den Sozialdatenschutz usw. zu treffen.

- An sich wäre auch die Trennung des ambulanten vom stationären Bereich vollständig aufzugeben. Hier dürfte man aber in der Krankenversicherung bereits auf unüberwindbare Schwierigkeiten stoßen.

Sinnvollerweise sollte man die Selbstverwaltung an allen Veränderungen unmittelbar beteiligen und lediglich eine subsidiäre Befugnis zum Erlaß von Verordnungen durch den Bund vorsehen. Wenn die Sozialleistungsträger bisher bei bestimmten psychiatrisch als notwendig erachteten Konzepten Zurückhaltung geübt haben, so geschah das m. E. vor allem deswegen, weil die Zusammenarbeit der Leistungsträger immer auch ein Stück Rivalität unter ihnen bedeutete. Der Gesetzgeber hat bisher noch nicht in ausreichendem Maße Regelungen getroffen, die den Leistungsträgern eine leistungsrechtlich wirksame Kooperation ermöglicht oder sie sogar ihnen als vorteilhaft erscheinen läßt. Wenn Krankenkassen heute über Wettbewerbsvorteile gegenüber konkurrierenden Kassen nachdenken, wenn sie darauf bedacht sind, daß ihre Innovationen keine Risikopatienten anziehen,<sup>59</sup> oder wenn etwa eine Krankenkasse im Verhältnis zum Träger der Rentenversicherung nicht vorleisten kann, weil die seit Jahren bestehende einschlägige Vorschrift ungeschickt formuliert ist, dann sind dies deutliche Hinweise darauf, daß wir von einer integrierten Versorgung weit entfernt sind, und daß sie nicht allein durch eine Verbesserung der leistungsrechtlichen Vorschriften in den einzelnen Teilen des Sozialgesetzbuches erreicht werden kann.

Der Gesetzgeber war in der Vergangenheit zu sehr auf die Absicherung von Zuständigkeitsgrenzen bedacht. Das Regelungskonzept muß lauten: Kooperationspflicht der Leistungsträger bei Wahrung ih-

---

59. HAUCK, K. / HELLBERGER, CHR. (Fußn. 52), S. 139, 143.

rer Eigenständigkeit. Daran gemessen wird man etwa den Entwurf zu einem SGB IX als viel zu zaghaft ansehen müssen.<sup>60</sup> Die gemeinsame Aufgabe aller Sozialleistungsträger wird in den leistungsrechtlich entscheidenden Bereichen zu wenig betont. Es sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die Leistungsträger die gemeinsame Verantwortung für die Leistungserbringung übernehmen können und müssen. M.E. stärkt das auch die gemeinsame Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Ein zuständigkeitsüberschreitendes Leistungsrecht bedarf einer veränderten gesetzlichen Grundlage. Es tangiert aber weder die allgemeinen Grundsätze des Sozialrechts noch die Selbstverwaltung der Leistungsträger. M. E. vergrößert es sogar ihren Handlungsspielraum. Man könnte die wesentlichen Organisationsentscheidungen in ihre Hände legen. Zu schaffen wäre allerdings ein auf die zügige Leistungserbringung ausgerichtetes Erstattungs- bzw. Ausgleichsrecht, das sich zudem an dem Grundsatz einer risikobezogenen und funktionsgerechten Aufteilung der Kostenlast unter den Leistungsträgern orientiert.

---

60. Vgl. dazu HAINES, H. (1997), Die Schwierigkeiten auf dem Weg zum SGB IX, ZSR, S. 463.

# Möglichkeiten der bedarfsorientierten Steuerung von Sozialleistungen unter Berücksichtigung des EU-Rechts

Bernd Schulte

## 1. Zur Aktualität des Themas: „Decker“, „Kohl“ und „Molenaar“

Am 28. April 1998 sind in Luxemburg zwei Urteile des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften ergangen,<sup>1</sup> denen Verfahren zugrunde lagen, die in Luxemburg ihren Ausgang genommen hatten, die aber gleichwohl auch hierzulande für Aufregung gesorgt haben und die vielleicht auch dazu geführt haben, daß das mir gestellte Thema überhaupt Aufnahme in das Programm dieses Kongresses geführt hat.

Einer Pressemitteilung des Gerichtshofs zu diesen Urteilen war mit der Überschrift versehen: *„Gemeinschaftsangehörige können in einem anderen Mitgliedstaat medizinische Erzeugnisse erwerben sowie sich zahnärztlich behandeln lassen und hierfür Kostenerstattung nach den Sätzen des Versicherungsstaats beanspruchen.“*

Die Rechtsstreitigkeiten vor dem Gerichtshof betrafen die Erstattung der Kosten für Brillen und für Zahnregulierungen in ambulanter Behandlung.

Der luxemburgische Conseil arbitral des assurances sociales und die luxemburgische Cour de cassation waren mit zwei Rechtsstreitigkeiten zwischen luxemburgischen Staatsangehörigen und ihrer Krankenkasse befaßt gewesen und hatten dem Gerichtshof die Frage vorgelegt, ob nationale Regelungen mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar sind, nach denen die Erstattung von im Ausland angefallenen Krankheitskosten von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht wird.

Der Kläger *Decker* erhielt keine Kostenerstattung für eine Brille, die er bei einem Optiker in Arlon (Belgien) gekauft hatte, da dieser Kauf ohne vorherige Genehmigung im Ausland stattgefunden habe.

---

1 EuGH, Urt. V. 28.4.1998, RS C-120/95, (*Decker* ./ Caisse de maladie des employés privés), in: EuGHE 1998, I-1831, und in: RS C-158/96 (*Kohl* ./ Union des caisses de maladie) in: EuGHE 1998, I-1993.

Im Falle des Klägers *Kobll* war die Genehmigung seiner Krankenkasse dafür beantragt worden, daß seine minderjährige Tochter sich einer Zahnregulierung bei einem Zahnarzt im EG-Ausland – in Trier – unterziehen könne. Die nach dem luxemburgischen Krankenversicherungsrecht vorgesehene Genehmigung wurde mit der Begründung versagt, die Behandlung sei nicht dringend und könne auch in Luxemburg erbracht werden.

Der Europäische Gerichtshof hat diese Regelungen, welche die Übernahme von im Ausland entstandenen Krankheitskosten von der Genehmigung eines Trägers der sozialen Sicherheit abhängig machten, an den Bestimmungen über den freien Warenverkehr und den freien Dienstleistungsverkehr gemessen.

In der *Rechtssache Decker* hat der Gerichtshof festgestellt, daß eine nationale Regelung, kraft derer die Erstattung für in einem anderen Mitgliedsstaat erworbene medizinische Erzeugnisse genehmigungsbedürftig ist und die Erstattung dem Versicherten, der keine solche Genehmigung besitzt, versagt wird, den freien Warenverkehr behindere, da sie die Versicherten dazu veranlasse, Erzeugnisse im Heimatstaat und nicht in anderen Mitgliedstaaten zu kaufen, und daher geeignet sei, die Einfuhr von Waren aus anderen Mitgliedstaaten zu behindern. Die Versagung der Kostenerstattung für eine in einem anderen Mitgliedstaat gekaufte Brille sei auch *nicht gerechtfertigt*, da sie keine Auswirkungen auf die Finanzierung oder das Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit in Luxemburg habe, weil der Erstattungsbetrag seiner Höhe nach auf den üblichen heimischen Leistungssatz begrenzt sei. Zudem seien, was die *Qualität* der Leistung angehe, die Bedingungen des Zugangs zu rechtlich geregelten Berufen und ihre Ausübung Gegenstand einer Gemeinschaftsrichtlinie, die eine allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise vorsehe, und damit bereits vom Gemeinschaftsrecht geregelt. Daher biete der Kauf einer Brille bei einem Optiker in einem anderen Mitgliedstaat Garantien, die denen gleichwertig seien, die beim Kauf einer Brille bei einem Optiker im Großherzogtum gegeben seien.

In der *Rechtssache Kobll* hat der Gerichtshof für Recht erkannt, daß eine Regelung, welche die Übernahme erstattungsfähiger medizinischer Dienstleistungen, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden, von der vorherigen Genehmigung des zuständigen Trägers abhängig mache, sowohl für die betroffenen Patienten als auch für die

ärztlichen Dienstleistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstelle. Zwar sei nicht ausgeschlossen, daß eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine solche Beschränkung rechtfertigen könne, jedoch habe die Erstattung von Kosten einer zahnärztliche Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat nach dem jeweiligen Tarif des zuständigen Staates (hier: Luxemburg) keine wesentlichen Auswirkungen auf die *Finanzierung des Systems der sozialen Sicherheit*. Außerdem könnten die Mitgliedstaaten den freien Dienstleistungsverkehr im Bereich der ärztlichen und klinischen Versorgung aus Gründen der *Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit* beschränken. Es sei jedoch nicht nachgewiesen, daß die streitige Regelung erforderlich sei, um eine ausgewogene, allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung sicherzustellen. Auch sei nicht vorgetragen, daß es zur Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines unabdingbaren Niveaus der Heilkunde im Inland erforderlich sei.<sup>2</sup>

Die Quintessenz der beiden Entscheidungen läßt sich wie folgt zusammenfassen:

*„Der Europäische Gerichtshof hat den Sozialversicherten das Recht zugesprochen, sich auch im Ausland auf Kosten ihrer Krankenkasse oder ihres Rentenversicherers behandeln zu lassen. Die Behandlung darf allerdings nicht teurer werden als eine vergleichbare Behandlung im Inland. Die Luxemburger Richter erklärten damit eine bislang von allen EU-Mitgliedstaaten – mit Ausnahme Österreichs – geübte Praxis für gemeinschaftsrechtswidrig, wonach gesetzlich krankenversicherten Menschen prinzipiell nur die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen eines Arztes oder Krankenhauses im „Inland“ gestattet war und auch ärztlich verordnete Arzneien bzw. Medikalprodukte nur bei einer einheimischen Apotheke besorgt werden durften. In seinem Urteil führt der Gerichtshof aus, diese Praxis und die sie tragenden nationalen Rechtsvorschriften seien mit dem EG-Vertrag unvereinbar. Vor allem das Erfordernis, daß Versicherte sich generell vor einer Auslandsbehandlung eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse einholen müßten,*

---

2 Vgl. auch Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften, Pressemitteilung Nr. 26/98 v. 28. April 1998.

beschränke den freien Dienstleistungsverkehr und damit eine wesentliche Grundfreiheit des Europäischen Binnenmarktes.

Auch vor Erlass des Urteils galt freilich kein uneingeschränktes „Verbot“ einer Auslandsbehandlung. So hatten Kassenmitglieder auf Urlaub innerhalb der EU schon seit Jahrzehnten Anspruch auf Krankenbehandlung nach Maßgabe der im Aufenthaltsland geltenden Sozialversicherungsregeln. Ähnliches galt und gilt nach wie vor für Rentner und Grenzgänger, die in einem Mitgliedstaat wohnen und in einem anderen arbeiten. Bislang war es jedoch prinzipiell nicht möglich, allein deshalb ins Ausland zu fahren, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen oder ärztlich verordnete Medikamente einzukaufen. Mit dem Richterspruch aus Luxemburg erhalten also die bislang fast völlig abgeschotteten nationalen Gesundheitssysteme ganz im Sinne der Gemeinschaftsverträge und des Europäischen Binnenmarktes einen kräftigen Wettbewerbsschub sowie vor allem mehr Preis- und Angebotstransparenz.“<sup>3</sup>

In diesen Kontext gehört ferner die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 5. März 1998 in der *Rechtssache C-160/96 (Molenaar)*,<sup>4</sup> in welcher der Gerichtshof festgestellt hat, daß die Leistungen der deutschen sozialen Pflegeversicherung als Leistungen bei Krankheit i.S.d. der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer einzustufen sind und dass das nach diesem Gesetz gewährte Pflegegeld als Geldleistung zu qualifizieren ist mit der Konsequenz, dass es auch zu „exportieren“, d.h. an Berechtigte in anderen Mitgliedstaaten ausbezahlen ist, obgleich das – dem EG-Recht nachrangige – deutsche Recht in § 34 SGB XI lediglich bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr die Weitergewähr des Pflegegeldes zuläßt und ansonsten bei Aufenthalt des Versicherten im Ausland ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen anordnet.

In Bezug auf die Gewährung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung an Personen, die im EG-Ausland wohnen, ist demnach danach zu unterscheiden, ob sie Sach- oder Geldleistungen beanspruchen. Sachleistungen werden für Rechnung des zuständigen Trägers

---

3 So die Berichterstattung in EUREPORT Sozial, Heft 4-5/1998, S. 3.

4 EuGH, Urt. v. 5.3.1998, RS C-160/96 (Molenaar), in: EuGHE 1998, I – noch unveröff. (abgedr. In: NJW 1998, 1707 ff.).

der deutschen sozialen Pflegeversicherung vom Träger des Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht (so denn derartige Leistungen dort überhaupt erbracht werden) – wie z.B. in den Niederlanden, nicht aber in Frankreich –, während Geldleistungen nunmehr vom zuständigen Träger der deutschen Sozialen Pflegeversicherung nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften ggf. unmittelbar ins Ausland – z.B. nach Frankreich oder in die Niederlande – gezahlt werden müssen.

Gemeinsam ist allen drei genannten Entscheidungen, daß sie die Entgrenzung – „*Entterritorialisierung*“ – illustrieren, der das Gesundheits- und Sozialwesen unter dem Einfluß des Europäischen Gemeinschaftsrecht ausgesetzt ist. Darüber hinaus machen die Urteile deutlich, in welchem Maße die deutsche Gesundheits- und Sozialpolitik mittlerweile *transnational* geworden ist.

Die Auswirkungen dieser Entscheidungen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sind insoweit begrenzt, als es sich zunächst einmal um Entscheidungen handelt, die nur für Luxemburg gelten. Allerdings hat der Gerichtshof einmal mehr auf die grundsätzliche Geltung der wirtschaftlichen Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes auch im Bereich der sozialen Sicherheit hingewiesen und dabei nicht zuletzt durch die Verkündung der Entscheidungen in den *Rechtssachen Decker* und *Kohll* am selben Tage sowie durch die gleichlautende Begründung zugleich unterstrichen, daß die unterschiedlichen wirtschaftlichen Grundfreiheiten letztlich eine Ausprägung einer allgemeinen, gemeinschaftsweit geltenden wirtschaftlichen Betätigungsfreiheit sind, deren bereichsspezifische Ausdifferenzierung für Waren, Kapital, Dienstleistungen und Personen im ursprünglichen EWG- und auch im heutigen EG-Vertrag letztlich aus regelungstechnischen und politischen Gründen vorgenommen worden ist.

## 2. Die Europäische Union auf dem Weg zum Binnenmarkt

Die einleitend vorgestellten Urteile des Europäischen Gerichtshofs belegen, daß in der Europäischen Gemeinschaft die Öffnung der nationalen Märkte für Güter-, Kapital-, Dienstleistungs- und Personenverkehr eine intensivierete *Europäisierung* als gleichsam *regionalisierte Globalisierung* der Wirtschaft herbeigeführt hat über die *Zollunion* – 1968 – und den *Europäischen Binnenmarkt* – 1993 – bis hin zur *künftigen Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion* – 1999 –.

Erhofft wird von dieser *Liberalisierung*, daß der Abbau nationaler Schranken, die nicht zuletzt dem Schutz nicht wettbewerbsfähiger nationaler Marktteilnehmer gedient haben, zu niedrigeren Kosten für die Unternehmen und dann auch zu günstigeren Preisen für die Verbraucherinnen führen wird. Die *Wirtschafts- und Währungsunion* und der *Euro* sollen in finanzieller Hinsicht günstigere und insgesamt verlässlichere Grundlagen für die Sozialpolitik schaffen. Es ist offenkundig, daß diese Entwicklung auch Auswirkungen auf das Gesundheitswesen in den Mitgliedstaaten hat.<sup>5</sup>

Die *Privatisierung* weiter Bereiche bisher staatlich bzw. öffentlich betriebener Aktivitäten ist in der Erwartung erfolgt, daß die privaten Marktteilnehmer eine bessere Allokation der vorhandenen Ressourcen im Interesse sowohl der Produzentinnen als auch der Verbraucherinnen ermöglichen werden und private Finanzierung und private Investitionen überdies der beste Weg sind, Fähigkeiten und Initiative der einzelnen und der Unternehmen zu mobilisieren. Der Markt wird als Forum zur Artikulation gesellschaftlicher Bedürfnisse und als optimales Medium zur Setzung von Prioritäten und damit zugleich als Instrument der Bedarfssteuerung angesehen.

Die *Deregulierung* schließlich hat Liberalisierung und Privatisierung dadurch ermöglicht, daß die Rolle des Staates in der Wirtschaft eingeschränkt, staatliche bzw. öffentliche Monopole abgebaut und staatliche Eingriffe ganz allgemein eingegrenzt und begrenzt worden sind. Der Hinweis auf die Wahrung bzw. Wiederherstellung globaler Wettbewerbsfähigkeit dient als zentrales Argument für die Entwicklung und Umsetzung der vorstehend genannten Strategien. Die Verwirklichung der *Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion* und die Einführung des *Euro* als gemeinsamer Währung sind vor diesem Hinter-

---

5 Zur gesundheitlichen Lage in der Europäischen Gemeinschaft vgl. EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Der Gesundheitszustand in der Europäischen Gemeinschaft*, Brüssel 1996; zu einem Überblick über die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten LÜSCHER, G. ET AL., *Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence and Integration*, München 1995; zur Europäischen Gesundheitspolitik vgl. jüngst SCHULTE, B., *Kompetenzen der Europäischen Union. Rechtlicher und institutioneller Rahmen; Rolle des EuGH*, in: GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND -GESTALTUNG E.V. (GVG) (Hg.), *Auswirkungen der Politik der Europäischen Union auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahmen und Perspektiven* –, Köln: GVG, 1998, S. 59 ff.

grund wichtige Schritte hin zur Herstellung eines echten Europäischen Binnenmarktes, damit zugleich zur Angleichung der ökonomischen Ausgangsbedingungen und damit auch zu „noch mehr Markt“.

Diese Entwicklungen, welche die ökonomischen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen der Sozialpolitik in Deutschland in vielfältiger Weise prägen, führen in ihrer Summe zu einer zunehmenden *Einschränkung der nationalstaatlichen Steuerungskapazität* auch im Bereich der *Sozialpolitik*<sup>6</sup> unter Einschluß der Gesundheitspolitik.<sup>7</sup> Während die Wirtschaftspolitik weitgehend „in Europa“ integriert ist, liegt die Verantwortung für die Sozialpolitik nach wie vor bei den Mitgliedstaaten, die damit ihren Bürgerinnen gegenüber auf der nationalen Ebene „in der Pflicht“ bleiben, obwohl ihr entsprechender Handlungsspielraum in zunehmenden Maße weltweiten und nicht zuletzt eben auch „Europäischen“ Einschränkungen unterliegt.

### 3. Der Entwicklungsstand der Europäischen Sozialpolitik

Was die Bedeutung der Europäischen Gemeinschaft für die nationale Sozialpolitik angeht, so gilt es heute deshalb zwischen *rechtlicher* Kompetenz und *faktischer* Einflußnahme zu unterscheiden. So war die Europäische Gemeinschaft auf sozialem Gebiet von Anbeginn an dazu berufen, zur Verwirklichung der Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und der Niederlassungsfreiheit der Selbständigen *die sozialen Sicherheitssysteme im Interesse der „Wandererwerbstätigen“ zu koordinieren* und dadurch zu gewährleisten, daß diese in ihrem jeweiligen Beschäftigungsland in sozialer Hinsicht einheimischen Arbeitnehmerinnen gleichgestellt werden und ihnen aus dem Umstand, daß sie in mehreren Mitgliedstaaten beschäftigt sind (oder gewesen sind) oder in dem einen Mitgliedstaat arbeiten (oder gearbeitet haben) und/oder in einem anderen wohnen, sowohl während dieser Erwerbsphase als auch nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, wenn sie beispielsweise in einen anderen Mitgliedstaat (z.B. ihr Heimatland) umziehen, keine Nachteile im

---

6 Vgl. zu dieser Entwicklung im einzelnen beispielsweise SCHULTE, B., Europäische Sozialpolitik und die Zukunft des Sozialstaats in Europa – Herausforderungen und Chancen, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, 1998, m.w.N.

7 So zurecht SENDLER, H., Bestandsaufnahme und Perspektiven der EU-Politik im Bereich des Gesundheitswesens aus der Sicht eines Landes, in: GVG (Hg.), aaO (Fn. 5), S. 51 ff.

Bereich der sozialen Sicherheit erwachsen.<sup>8</sup> Darüber hinaus gehörten und gehören die Durchsetzung des *Grundsatzes des gleichen Entgelts für gleiche Arbeit für Männer und Frauen* (Art. 119 EGV) sowie der *Grundsatz der Gleichbehandlung von Männern und Frauen* in arbeits- und sozialrechtlicher Hinsicht überhaupt, wie er in nunmehr bereits insgesamt fünf *EWG-Richtlinien zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen* geregelt wird, zu den „Essentials“ der Europäischen Gemeinschaft. An dritter Stelle zu nennen ist in diesem Zusammenhang der – auch gesundheitspolitisch relevante – *Arbeitsschutz*, für den seit Einfügung des Art. 118 a („Verbesserung der Arbeitsumwelt“) in den (seinerzeit noch) EWG-Vertrag durch die Einheitliche Europäische Akte (EEA) als juristischer „Blaupause“ des Binnenmarktkonzepts gleichfalls eine weitreichende Gemeinschaftskompetenz begründet worden ist.<sup>9</sup>

Von diesen Bereichen abgesehen ist die Sozialpolitik nach wie vor Angelegenheit der Mitgliedstaaten. Daran wird sich auch in absehbarer Zukunft aller Voraussicht nach nichts Wesentliches ändern. Allerdings gilt auch: Sowohl der rechtliche als auch der politische Rahmen, den das Gemeinschaftsrecht und die Gemeinschaftspolitik der nationalen Sozialpolitik setzen, wird immer enger und es werden auch die Wechselwirkungen zwischen EG-Recht und -Politik einerseits und nationalem Sozialrecht und nationaler Sozialpolitik andererseits immer intensiver.<sup>10</sup> Vor allem auch Entscheidungen des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften in Luxemburg haben diesen Umstand ins allgemeine Bewußtsein gerufen.

---

8 Vgl. SCHULTE, B. (Hg.), *Soziale Sicherheit in der EG. Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 sowie andere Bestimmungen*, 3. Aufl., München 1997; ferner die Erläuterungen im *Nomos Kommentar zum Europäischen Sozialrecht*, Baden-Baden 1994 ff.

9 Vgl. zu einem Überblick über das Europäische (= EG-) Arbeits- und Sozialrecht beispielsweise zum einen BIRK, R., *Arbeitsrecht – Freizügigkeit der Arbeitnehmer und Harmonisierung des Arbeitsrechts*, in: LENZ, C. (Hg.) *EG Handbuch Recht im Binnenmarkt*, 2. Aufl., Herne 1994, S. 365 ff., und SCHULTE, B., *Sozialrecht*, ebda., S. 407 ff., jeweils m. w. N.; einen materialreichen Einstieg und eine breite Übersicht über die gesamte Problematik geben OETKER, R./PREIS, U., *Arbeits- und Sozialrecht*, Heidelberg 1994 ff. (Loseblatt); zu einer aktuellen Problemsicht über das Europäische Sozialrecht vgl. die Beiträge in: von MAYDELL, B./SCHULTE, B. (Hg.), *Zukunftsperspektiven des Europäischen Sozialrechts*, Berlin 1995.

10 Vgl. für das Sozialrecht exemplarisch die Beiträge in: SCHULTE, B./ZACHER, H. (Hg.), *Wechselwirkungen zwischen dem Europäischen Sozialrecht und dem*

#### 4. Die Grundfreiheiten und die soziale Sicherheit

Sehr viel stärker als die eigentlichen Vorschriften über die Sozialpolitik (Art. 117 – 128 EGV und das *Abkommen über die Sozialpolitik*) und auch die bereits erwähnten, gleichfalls sozialrechtlich relevanten Vorschriften betreffend die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, die Gleichbehandlung von Männern und Frauen sowie den Arbeitsschutz sind für die künftige sozialpolitische Entwicklung in Europa die ökonomischen Zielsetzungen verfolgenden gemeinschaftsrechtlichen Bestimmungen über die Grundfreiheiten sowie ggf. die gemeinschaftsrechtlichen Wettbewerbsregeln (Art. 85 ff. EGV) von Bedeutung.

In diesem Zusammenhang ist zunächst festzuhalten, daß das Sozialrecht im allgemeinen und auch das Krankenversicherungsrecht im besonderen nicht nur eine *soziale*, sondern auch eine *wirtschaftliche Dimension* haben, wie die Zahl der beteiligten Leistungserbringer und der Anteil, den ihre Tätigkeit an der nationalen Wertschöpfung hat, eindrucksvoll belegen. Diese soziale Aufgabe der sozialen Sicherheit einerseits und ihre wirtschaftliche Dimension andererseits sind in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Dies ist die abstrakte Fragestellung, um die es auch beim Zusammenspiel zwischen gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten und nationalem Sozialversicherungsrecht und Leistungserbringungs- und -erbringerrecht letztlich geht.<sup>11</sup> Selbst die *ärztliche Selbstverwaltung* und das *ärztliche Standesrecht* kommen nicht umhin, sich mit europarechtlichen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen. Zwar ergibt sich aus dem Europäischen Primärrecht – auch aus Art. 129 EGV –, daß die *rechtliche Gestaltung* der

---

Sozialrecht der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1991; DEUTSCHER SOZIALRECHTSVERBAND E.V. (Hg.), *Europäisches Sozialrecht*, Wiesbaden 1992; demnächst auch die Beiträge in: SCHULTE, B./BARWIG, K. (Hg.), *Freizügigkeit und soziale Sicherheit – Die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 in Deutschland* -, Baden-Baden 1998 (*Veröff. i. Vorb.*).

- 11 Vgl. zu dieser Problematik VON MAYDELL, B., *Erbringung von Sozialleistungen (insbesondere im Gesundheitswesen) und Marktfreiheit*, in: VON MAYDELL, B./SCHNAPP, F. (Hg.), *Die Auswirkungen des EG-Rechts auf das Arbeits- und Sozialrecht der Bundesrepublik – unter besonderer Berücksichtigung der neuen Bundesländer* -, Berlin 1992, S. 25 ff.; GIESEN, R., *Sozialversicherungsmonopol und EG-Vertrag*, Baden-Baden 1990; FUCHS, M., *Die Vereinbarkeit von Sozialversicherungsmonopolen mit dem EG-Recht*, in: *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS)* 10 (1996), S. 338 ff.; aus jüngster Zeit vor allem SCHULZ-WIEDNER, W., *Die Konsequenzen der Europäischen Grundfreiheiten für die deutsche Sozialversicherung*, in: SCHULTE/BARWIG (Hg.), aaO (Fn. 10), mit umfangreichen Nachweisen.

Organisation *des Gesundheitswesens* nach wie vor Angelegenheit der Mitgliedstaaten ist, doch muß auch hier das einschlägige nationale Recht einschließlich beispielsweise auch des *ärztlichen Standesrechts* den gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben, namentlich den Grundfreiheiten und hier vor allem der Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen, der Niederlassungsfreiheit der Selbständigen sowie der Dienstleistungsfreiheit und den damit verbundenen Diskriminierungsverboten Rechnung tragen. Zurecht ist im Hinblick auf diesen Anpassungsprozeß auf die parallele Problematik der Anpassung an die binnenstaatlichen Vorgaben hingewiesen worden, wie sie sich etwa aus dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und sonstigem Verfassungsrecht ergeben.<sup>12</sup>

Es wird selbst eine grundsätzliche Diskussion darüber geführt, ob die nationalen Sozialversicherungssysteme als „*Monopole*“ mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar sind.<sup>13</sup> Zur Beantwortung empfiehlt sich ein Rekurs auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Danach läßt das EG-Recht grundsätzlich die Befugnis der Mitgliedstaaten unberührt, ihre Systeme der sozialen Sicherheit nach eigenen Vorstellungen auszugestalten.<sup>14</sup> Begründen läßt sich dies sowohl mit der spezifischen *sozialen Zielsetzung* als auch mit der spezifischen – vor allem auch *solidarischen* – *Ausgestaltung* der Sozialversicherung.

In der *gesetzlichen Krankenversicherung* finden diese Gesichtspunkte darin ihren Ausdruck, daß eine Umverteilung stattfindet zwischen den besserverdienenden und den geringerverdienenden Versicherten, um auch den letztgenannten unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Lage einen bedarfsgerechten Krankenversicherungsschutz zukommen zu lassen. Auch die Familienversicherung, welche die Einbeziehung von Familienangehörigen, die über keine eigenen Einkünfte verfügen, in den Krankenversicherungsschutz aufgrund der Versicherteneigen-

---

12 Vgl. TAUPITZ, J., Die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung, in: *Medizinrecht (MedR)* 1998, S. 1 ff., 6.

13 Vgl. für Deutschland insbes. GIESEN, R., Sozialversicherungsmonopole und EG-Vertrag. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland, Baden-Baden 1995; DERS., Vorbereiteter Diskussionsbeitrag, in: SCHULTE/BARWIG (Hg.), aaO (Fn. 10); krit. dazu FUCHS, M., Die Vereinbarkeit von Sozialversicherungsmonopolen mit dem EG-Recht, in: *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS)* 10 (1996), S. 338 ff.

14 Vgl. etwa EuGH, RS 238/82 (Duphar), EuGHE 1984, 523.

schaft der Verdienlerin ohne zusätzliche Beiträge ermöglicht, ist Ausweis des die Krankenversicherung prägenden Solidargedankens. Es kommt hinzu, daß die Sozialversicherungen nicht auf Gewinn ausgerichtet sind und deshalb keine Unternehmen im Sinne des Gemeinschaftsrechts sind.<sup>15</sup> Schließlich spielt auch der Umstand eine maßgebliche Rolle, daß die Leistungen der Krankenversicherung von Gesetzes wegen erbracht werden und grundsätzlich von der Höhe der Beiträge des Versicherten und Leistungsnehmers unabhängig sind. Die Finanzierung der Sozialversicherung nach dem Umlageverfahren unterstreicht den besonderen Status der Sozialversicherung als öffentlicher Einrichtung des Sozialschutzes.

Diese Rechtsprechung ist insofern konsequent, als sie sowohl den Spezifika der Sozialversicherung als auch dem Umstand Rechnung trägt, daß die so definierte Sozialversicherung von Anbeginn an außerhalb des auf die Gewährleistung wirtschaftlicher Freiheit und damit auf den wirtschaftlichen Bereich zugeschnittenen Anwendungsbereich der gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten gelegen hat. Diese Deutung findet eine Stütze in der Ausgestaltung des EG-Vertrages, welcher die soziale Sicherheit und damit zugleich die Sozialversicherung als ihren Kernbereich lediglich im Zusammenhang mit den Bestimmungen des Art. 51 EGV sowie des Art. 119 EGV und damit im Zusammenhang mit der Freizügigkeit der Arbeitnehmer und der von der Gemeinschaft zu fördernden Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in sozialen Fragen anspricht. Die Beschränkung der Gemeinschaftskompetenz in Art. 51 EGV auf die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit zum Zwecke der Freizügigkeit und die darin konkludent zum Ausdruck kommende Absage an eine – ursprünglich bei der Aushandlung des Vertrags von Rom insbesondere von Frankreich zur Diskussion gestellte – soziale Harmonisierung bringt gleichfalls zum Ausdruck, daß der Bereich der sozialen Sicherheit eine vom Gemeinschaftsrecht im Grundsatze freigelassene Domäne der Mitgliedstaaten sein sollte.

---

15 Vgl. zum Begriff des Unternehmens, der „jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung“ erfaßt, EuGH, RS C 41/90 (Höfner u.a.), EuGHE 1991, 1979 (in bezug auf die Bundesanstalt für Arbeit); RS C 159/91 u. C 160/91 (Poucet u.a.), EuGHE 1993, I-637; vgl. hierzu jüngst auch BECKER, U., Gesetzliche Krankenversicherung zwischen Markt und Regulierung, in: Juristen-Zeitung (JZ) 1997, S. 534 ff.

Dementsprechend haben auch die *Richtlinien über die Schadens- und Lebensversicherung*<sup>16</sup> die Sozialversicherung bei der Durchsetzung des Anliegens, Monopole auf dem Gebiet des Versicherungswesens zu beseitigen und den Versicherungsmarkt zu liberalisieren, ausdrücklich ausgenommen.<sup>17</sup> Aus dem Gesagten folgt, daß lediglich dann, wenn die Sozialversicherungen ihres sozialen Charakters entkleidet werden – oder sie sich selbst dieses sozialen Charakters entledigen – und sich dadurch privaten Versicherungsunternehmen annähern, sich in den Anwendungsbereich des Gemeinschaftsrechts – und hier vor allen Dingen auch des EG-Wettbewerbsrechts der Art. 85 ff. EGV – begeben.

In der *Rechtssache Poucet*<sup>18</sup> hat der Europäische Gerichtshof die Unternehmenseigenschaft eines französischen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Begründung verneint, daß die Tätigkeit der Sozialversicherung – jedenfalls im konkreten Fall – auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität beruhe und ohne Gewinnzweck ausgeübt werde. Die Sozialversicherungsträger erfüllten eine Aufgabe mit ausschließlich sozialem Charakter, was in der Krankenversicherung darin zum Ausdruck komme, daß das System durch Beiträge nach Maßgabe des Arbeitseinkommens der Versicherten finanziert werde, während die Leistungen für alle Versicherten grundsätzlich gleich seien. Diese Ausgestaltung der Krankenversicherung habe eine Einkommensumverteilung zwischen den höher und geringer verdienenden Versicherten zur Folge, die erst auch eine angemessene soziale Absicherung gegen das Risiko der Krankheit für diejenigen Versicherten ermögliche, die aufgrund unzureichender Eigenmittel ansonsten nicht in der Lage wären, einen derartigen Versicherungsschutz zu finanzieren.<sup>19</sup>

16 Vgl. Richtlinie 73/239/EWG vom 24. Juni 1973 (ABl. EG NR. L 228/3); 88/357/EWG vom 22. Juli 1988 (ABl. EG Nr. L 172/1) und 92/49/EWG vom 18. Juli 1992 (ABl. EG Nr. L 228/1). – Umfassend zur Liberalisierung der Versicherungsmärkte vgl. *Rabe, T., Liberalisierung und Deregulierung im Europäischen Binnenmarkt für Versicherungen*, Berlin 1997

17 Vgl. EuGH, RS C 238/94 (Garcia u.a.), EuGHE 1996, I-1673

18 Urt. v. 17.2.1993, EuGHE 1993, I-637 ff. (mit Anm. *Eichenhofer*, NJW 1993, 2998); illustrativ ferner EuGH, Urt. v. 16.11.1995, RS C-244/94 (*Fédération Française des Sociétés d'Assurance*), EuGHE 1995, I-4022 (Unternehmenseigenschaft bejaht im Falle eines freiwilligen Versicherungssystems, das mit privaten Krankenversicherungsunternehmen konkurrierte).

19 Vgl. zu dieser Problematik und insbesondere auch zur Entscheidung des Gerichtshofs in der Rechtssache *Poucet* jüngst *ROLFS, CH., Europarechtliche Grenzen für die Monopole der Sozialversicherungsträger?*, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB)* 1998, S. 202 ff.

## 5. Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit und nationales Krankenversicherungsrecht

Die einleitend referierten Urteile des Europäischen Gerichtshofs in den *Rechtssachen Decker* und *Kohll* haben „die territorial begrenzte Leistungserbringung im Lichte des EG-Vertrages“<sup>20</sup> auf den höchst-richterlichen Prüfstand gestellt.<sup>21</sup>

Als Möglichkeiten der Rechtfertigung derartiger Einschränkungen der Grundfreiheiten kommen insbesondere der Gesundheitsschutz unter Einbeziehung eines gleichen Zuganges zu Gesundheitsleistungen gewährleistenden Versorgungssystemen sowie die finanzielle Stabilität des Leistungssystems in Betracht.

Was das Argument angeht, ein Genehmigungserfordernis für die Leistungsanspruchnahme jenseits der Grenzen sei erforderlich, um die Qualität der medizinischen Erzeugnisse und Leistungen zu gewährleisten, so ist darauf hinzuweisen, daß die Voraussetzungen für die Aufnahme und Ausübung derartiger Tätigkeiten sowie die Bedingungen für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln Gegenstand zahlreicher Koordinierungs- und Harmonisierungsregelungen der Gemeinschaft sind.<sup>22</sup> Nicht zuletzt wegen dieser gemeinschaftsrechtlichen Maßnahmen ist beispielsweise davon auszugehen, daß die Verschreibung eines Arzneimittels durch einen Arzt in einem anderen Mitgliedstaat der Verschreibung bzw. dem Erwerb in dem zuständigen Staat gleichwertig ist.<sup>23</sup>

---

20 So der Titel der zu diesem Thema sehr instruktiven Dissertation von ZECHEL, S., Die territorial begrenzte Leistungserbringung im Lichte des EG-Vertrages, Berlin 1995

21 Siehe oben 1.

22 Vgl. Richtlinie (RL) 93/16/EWG des Rates v. 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise (ABl. EG 1993 Nr. L 165, S. 1); ferner als spezifische Richtlinien u.a. die RL 78/686 EWG und 78/687/EWG des Rates v. 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome und zur Koordinierung der nationalen Vorschriften für die Tätigkeiten des Zahnarztes (ABl. EG Nr. L 233, S. 1 u. 10); RL 85/432/EWG und 85/433/EWG des Rates vom 16. September 1985 zur Koordinierung der nationalen Vorschriften und über die gegenseitige Anerkennung der Diplome für bestimmte pharmazeutische Tätigkeiten (ABl. EG Nr. L 253, S. 34 u. 37); RL 65/65/EWG des Rates vom 26. Januar 1965 (ABl. EG 1965 Nr. 22, S. 369) (betr. den freien Verkehr von Arzneimitteln auf Gemeinschaftsebene).

23 Vgl. auch EuGH, RS 215/87 (Schumacher) EuGH 1989 I-617; RS C-62/90 (Kommission der EG ./. Deutschland), EuGH 1992, I-2579.

Allerdings ist nicht zu verkennen, daß die einschlägigen EG-Vorschriften i.d.R. den Zugang zum Beruf, nicht seine Ausübung betreffen. Deshalb ist es geboten, in Zukunft dem Qualitätssicherungsargument vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken (nicht zuletzt, um bei tiefgreifenden Qualitätsunterschieden dann ggf. daraus eine Rechtfertigung für eine Einschränkung der Auslandskostenerstattung abzuleiten).

Auch die *Sicherung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems* ist ein vom Gemeinschaftsrecht akzeptiertes Schutzgut, sofern davon die Funktionsfähigkeit des betreffenden Systems der sozialen Sicherheit abhängt oder sonstige wichtige Interessen der Mitgliedstaaten berührt werden. Eine uneingeschränkte Verpflichtung zur Erstattung von Leistungen, die Versicherte im Ausland in Anspruch nehmen, könnte möglicherweise in einzelnen Mitgliedstaaten zu einer Störung des wirtschaftlichen Gleichgewichts des Gesundheitssystems in einzelnen Mitgliedstaaten führen angesichts der doch erheblichen Unterschiede, die in Hinblick auf die Kosten des Gesundheitswesens und die Grundsätze seiner Finanzierung von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat bestehen. Eine andere Beurteilung greift allerdings bereits dann Platz, wenn der zuständige Träger der sozialen Sicherheit Krankheitskosten, die dem Versicherten im Ausland entstehen, nicht nach den Rechtsvorschriften des Staates erstatten muß, in dem die Behandlung durchgeführt wird, sondern nach seinen eigenen Rechtsvorschriften und Leistungssätzen, da dann der vorstehend angesprochenen unterschiedlichen Art der Finanzierung und den unterschiedlichen Gesundheitskosten der einzelnen Mitgliedstaaten im System keine so große Bedeutung mehr zukommt. Hier kann zusätzlicher EG-ausländischer Wettbewerb auch zur Kostendämpfung beitragen. Unter diesem Gesichtspunkt sind die Entscheidungen des Gerichtshofs in den *Rechtssachen Decker* und *Kohll* auch von einem Teil der Krankenkassen begrüßt worden.

Eine – nicht grundsätzlich, sondern bedingt – andere Beurteilung mag angebracht sein im Rahmen *stationärer Leistungen*, wenn sich Standort und Anzahl der Krankenhäuser nach einem *Bedarfsplan* bestimmen und die Kosten des Aufenthalts einer Einzelperson in einem Krankenhaus nicht von den gesamten Krankenhauskosten getrennt werden können. So würden ggf. Krankenhäuser im Inland teilweise ungenutzt bleiben, wenn viele Versicherte die Hospitäler in anderen Mitgliedstaaten aufsuchen würden, hätten jedoch weiterhin die gleichen Kosten für Personal und Geräte zu tragen, die bei einer günstige-

ren Auslastung anfielen. Angesichts des Umstandes, daß sich Personen, die sich in einen anderen Mitgliedstaat begeben, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, i.d.R. in einem ihnen unvertrauten und zum Teil sehr andersartigen Umfeld bewegen, ist die Befürchtung, bei freier Wahl der Ärztinnen und ggf. des Krankenhauses würden Patientinnen in unkontrolliertem und unkontrollierbarem Umfang auf andere Mitgliedstaaten ausweichen, aber wohl nicht von vornherein begründet. Viel eher steht zu erwarten, daß lediglich in ähnlich begrenztem Umfang von der „Freizügigkeit im Gesundheitswesen“ Gebrauch gemacht wird, wie dies im Hinblick auf Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit überhaupt der Fall ist.

So haben sich beispielsweise in der Vergangenheit geäußerte Befürchtungen, die Niederlassungsfreiheit werde in größerem Ausmaß dazu führen, daß sich (i.d.R. zudem weniger gut verdienende) Ärztinnen aus anderen Mitgliedstaaten in Deutschland niederlassen und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch die Vergrößerung des Angebots erhöhen, bis auf gewisse Ausnahmen in den niedersächsischen und nordrhein-westfälischen Grenzgebieten zu den Niederlanden (die zur Niederlassung einer Anzahl niederländischer, mit der deutschen Sprache und Kultur vertrauter Zahnärztinnen geführt haben), nicht bestätigt. Auch die Anträge auf Zahlung von Pflegegeld ins EG-Ausland als Ergebnis der vorstehend bereits erwähnten, den „Export“ des deutschen Pflegegeldes i.S.d. SGB XI anordnenden *Molenaar-Entscheidung* des Europäischen Gerichtshofs<sup>24</sup>, haben dem Vernehmen nach noch längst keine vierstellige Zahl erreicht, so daß sie vorläufig quantitativ jedenfalls nicht ins Gewicht fallen.

Gleichwohl stellt die Schwierigkeit, den Umfang der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland durch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung abzuschätzen, heute ein wesentliches Hindernis dar für die Beantwortung der Frage, inwieweit eine Einschränkung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen jenseits der Grenze aus Gründen der Erhaltung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur gerechtfertigt sein kann.

---

24 EuGH, RS C-160/96 (Molenaar), aaO (Fn. 4); zur gesamten Problematik vgl. die – vor dem Urteil abgefaßten – Beiträge in: SIEVEKING, K. (Hg.), Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union, Baden-Baden 1998.

In jüngster Zeit ist zurecht auch auf den in der aktuellen öffentlichen Diskussion um die *Rechtssachen Decker* und *Kohll* allzu vernachlässigten Gesichtspunkt hingewiesen worden, daß die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen für die Bewohnerinnen der Grenzregionen – immerhin rd. 10 v.H. der Bürgerinnen der Mitgliedstaaten und Unionsbürgerinnen überhaupt – zu einer wesentlichen sowohl qualitativen als auch quantitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung beizutragen vermag. Deshalb gibt es in jüngster Zeit in zunehmender Zahl auch bereits Modellprojekte grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in einzelnen Euregios. Für die Patientinnen und Versicherten ist in der Regel die bessere Erreichbarkeit der Leistungserbringer durch kürzere Anfahrtswege das Hauptmotiv für die Teilnahme an Modellprojekten (wobei in Einzelfällen auch eine bessere Behandlung als im Heimatland erhofft wird). Für die Leistungsträger ergeben sich ggf. geringere Kosten zum einen durch geringere Leistungsentgelte und – in Einrichtungen – Tagessätze, zum anderen zuweilen auch durch kürzere Krankenhausaufenthaltszeiten.<sup>25</sup>

Auf längere Sicht wird es notwendig sein, die bisher praktizierten Verfahren im Gesundheitswesen auf diese Öffnung des nationalen Gesundheitsmarktes durch das Gemeinschaftsrecht abzustellen, da die gegenwärtig verbreitete Auffassung, die auf Vorlage Luxemburger Gerichte ergangenen Urteile des Europäischen Gerichtshofs in den *Rechtssachen Decker* und *Kohll* seien auf die deutschen Verhältnisse nicht übertragbar, rechtlich kaum haltbar ist. So ist gewiß die im Inland bestehende Kostenerstattung auf das EG-Ausland auszudehnen. Der Umstand, daß die Leistungserbringer im Inland gesetzlichen und vertraglichen Bindungen unterliegen, durch die u.a. Qualität der Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit gesichert werden sollen, vermag eine Beschränkung der Kostenerstattung auf inländische Leistungserbringer nicht zu rechtfertigen. Vielmehr sind die ausländischen Leistungserbringer ggf. im Vertragswege in die entsprechenden Regelungen einzubeziehen. Den zweifellos bestehenden Schwierigkei-

---

25 Vgl. dazu im einzelnen GODRY, R., Vorbereiteter Diskussionsbeitrag, in: SCHULTE/BARWIG (Hg.), aaO (Fn. 10); HOFMANN, B./KOCHS, U., Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in Grenzgebieten, in: Die Betriebskrankenkasse (BKK) 86 (1998), S. 306 ff.

ten und Ungereimtheiten<sup>26</sup> als Folge einer Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt sind durch Regelungen der Krankenkassen entgegenzuwirken. Hier werden die Krankenkassen in ähnlicher Weise wie die Pflegekassen für den nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs gebotenen „Export“ des gleichen Pflegegeldes ihre Praxis den EG-rechtlichen Vorgaben anpassen müssen, beispielsweise durch Einsatz des medizinischen Dienstes im Ausland oder durch Beauftragung ausländischer Ärztinnen und sonstiger Leistungserbringer. Selbst das Sachleistungsprinzip dürfte à la longue kein unüberwindbares Bollwerk gegen die Inanspruchnahme EG-ausländischer Leistungsnahmerinnen darstellen, sofern grundsätzlich eine freie Wahl des Leistungserbringers nach nationalem Recht überhaupt statthaft ist und der Wert der in Anspruch genommenen Sachleistung feststeht. Dies ist in wachsendem Umfang der Fall selbst in Gesundheitsdienstsystemen, die sich zunehmend für marktförmige Steuerungsmechanismen öffnen.<sup>27</sup> Gleichwohl dürften in Sachleistungssystemen allgemein sowie insbesondere in Gesundheitsdienstsystemen mehr rechtfertigende Gründe für eine Einschränkung der Leistungsanspruchnahme im Ausland gegeben sein, als dies in Kostenerstattungssystemen der Fall ist. Allerdings wird das Sachleistungsprinzip den gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben angepaßt werden müssen und auch die Bedarfsplanung wird nicht umhin kommen, den Bedarf, der von den Versicherten durch Leistungsanspruchnahme im Ausland befriedigt wird – und der wahrscheinlich doch wohl begrenzt sein wird – als relativierenden Faktor mit zu berücksichtigen. (Damit relativiert sich zugleich der Einwand, das Prinzip der Leistungsanspruchnahme im Ausland bedeute zwangsläufig, daß nur ein Teil der Mitgliedstaaten – eben diejenigen mit Kostenerstattung – betroffen seien, „Sachleistungs-“ und erst recht „Gesundheitsdienstländer“ aber nicht.)

---

26 Hierzu plastisch und instruktiv NEUMANN-DUESBERG, R., Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, in: SCHULTE/BARWIG (Hg.), aaO (Fn. 10), der allerdings m. E. daraus zu Unrecht die Fortgeltung des Genehmigungserfordernisses für die Leistungsanspruchnahme im EG-Ausland ableitet.

27 Vgl. dazu exemplarisch SCHULTE, B., Das Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs. Herausforderungen und Optionen, in: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS) 10 (1998) (in Druck).

Diesen nicht gering zu veranschlagenden Schwierigkeiten stehen allerdings die Vorteile gegenüber, die den Versicherten – zumal in Grenzregionen – aus der ihnen jetzt ermöglichten besseren Versorgung erwachsen können, sowie zum anderen die möglichen Kostenvorteile, die sich für die Leistungsträger aus der Inanspruchnahme kostengünstigerer Leistungen im benachbarten Ausland durch die Versicherten sowie aus dem sich verschärfenden Wettbewerb ergeben. In dem Maße, in dem Leistungen Eigenbeteiligungen erfordern, können auch finanzielle Vorteile für die Versicherten eintreten.

Für die *Anpassungsregelungen*, die im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich werden, gibt es insbesondere in den Grenzregionen heute bereits in begrenztem Umfang Vorbilder, und zwar auch im stationären Bereich.

So haben im Rahmen eines von der Gemeinschaftsinitiative Interreg II geförderten Modellprojektes „Patientenbehandlung ohne Grenzen für spezielle Krankheitsbilder“ in der Euregio Rhein-Waal das Akademisch Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud, die CZ Groep Zorgverzekeringen (CZ), Tilburg, und die Zorgverzekeraar (VGZ), Nijmegen, einerseits und die AOK Rheinland andererseits einen Vertrag über die Behandlung von AOK-versicherten Patientinnen abgeschlossen, wonach AOK-Patientinnen aus der Region Kleve, die von Krankenhäusern oder ambulant tätigen Ärztinnen aus dieser Region überwiesen werden, unter bestimmten Voraussetzungen die Dienste des niederländischen Universitätskrankenhauses in Anspruch nehmen können.<sup>28</sup>

Diese Entwicklung hat nicht nur Bedeutung für die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, deren Bürger Gesundheitsleistungen im EG-Ausland in Anspruch nehmen, sondern auch die Staaten, die von dieser Inanspruchnahme betroffen werden, sind davon berührt, sei es dadurch, daß die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen natürlich einen wichtigen Wirtschaftsvorteil darstellt, sei es durch mögliche Belastungen für die einschlägige Infrastruktur und die Gesundheitspla-

---

28 Vgl. dazu GODRY, R., Krankenbehandlung ohne Grenzen – Anmerkungen zu einem Modellprojekt im niederländisch-deutschen Grenzgebiet, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialhilfegesetzbuch (ZFSH/SGB) 36 (1997), S. 416 ff.; siehe ferner Fn. 2.

nung im weitesten Sinne.<sup>29</sup> So kann die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen in einem bestimmten Mitgliedstaat zu Versorgungsengpässen für die einheimische Bevölkerung führen. Vor dem Hintergrund eines gewissen Gefälles, was die Qualität der gesundheitlichen Versorgung angeht, sind derartige Befürchtungen gewiß nicht von vornherein ganz von der Hand zu weisen.

Auf der anderen Seite mag hier ein Ansatzpunkt dafür bestehen, in verstärktem Maße auf eine *Konvergenz auch der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten* hinzuwirken, wie sie in der Empfehlung des Rates über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes von 1992 bereits angelegt ist.<sup>30</sup>

Diese „Konvergenz-Empfehlung“ beschränkt sich allerdings, was den sozialen Schutz bei Krankheit angeht, auf folgende Ziele: (a) Allen rechtmäßig im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats ansässigen Personen ist unter den von jedem Mitgliedstaat selbst festgelegten Bedingungen Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen sowie zur Krankheitsvorsorgemaßnahmen zu ermöglichen; (b) es ist auf die Beibehaltung und ggf. die Weiterentwicklung eines effizienten Gesundheitsversorgungssystems zu achten, welches der Entwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung, namentlich der alten Menschen, der Entwicklung von Krankheiten und Heilverfahren sowie der erforderlichen Intensivierung der Vorsorge angepaßt ist; (c) es ist für die Rehabilitation von Konvaleszenten, insbesondere nach schwerer Krankheit oder Unfall und für ihre spätere berufliche Wiedereingliederung zu sorgen; (d) Arbeitnehmerinnen, die ihre Tätigkeit aus Krankheitsgründen unterbrechen müssen, sind pauschale oder nach ihrem früheren Erwerbseinkommen berechnete Leistungen – d.h. Krankengeld – entsprechend ihrer Beteiligung an den jeweiligen Sozialversicherungssystemen zu gewähren. In dem Umfang, in dem die „Transnationalisierung“ der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund der gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten zunimmt, mag es angeraten erscheinen, auch Fragen der Definition von Qualitätsmerkmalen für Gesundheitsleistungen, Fragen der Preisfestsetzung, der Leistungskontrolle, Erstattungsverfahren o.ä. auf

---

29 Vgl. in diesem Sinne auch NOVAK, M., EG-Grundfreiheiten und Europäisches Sozialrecht, in: Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht (EuZW) 1998, S. 366 ff., 367.

30 ABl. EG 1992 Nr. L 245/49 v. 26.8.1992.

Gemeinschaftsebene zu diskutieren, um sie transparent zu machen, und möglicherweise auch aufeinander abzustimmen. So verlangt das Gemeinschaftsrecht, daß Qualitätsmerkmale, die im nationalen Recht erhalten sind, ausländische Anbieter nicht benachteiligen, sondern auf objektive Gründe gestützt werden, die grundsätzlich von allen Anbietern erfüllt werden können. Angesichts der kaum mehr bestrittenen Annahme, daß die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen insoweit angebotsinduziert ist, als mit steigendem Angebot auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit auch die Kosten im Gesundheitswesen zunehmen, stellt sich beispielsweise die Frage der Vereinbarkeit eines nationalen Numerus clausus für Ärztinnen und Angehörige anderer Heilberufe mit dem Gemeinschaftsrecht. Auch hier muß dem legitimen Interesse an einer Kostendämpfung Rechnung getragen werden, ohne die Grundfreiheiten EG-ausländischer Anbieterinnen in unzulässiger Weise einzuschränken. Die vorstehend angesprochenen Regelungen in den Euregios zeigen, daß im Wege entsprechender grenzüberschreitender Vereinbarungen Maßnahmen der *Qualitätssicherung* und *Wirtschaftlichkeitskontrolle* auch auf Anbieterinnen jenseits der nationalen Grenzen ausgedehnt werden können. Ggf. muß hier das „Vertragsregime“ erstreckt werden auf Regelungen, die im nationalen Recht der Gesetzgeber getroffen hat. Offenkundig ist, daß eine Regelung, welche einseitig lediglich EG-ausländische Anbieterinnen betrifft, mit dem Gemeinschaftsrecht nicht vereinbar ist. Hier und auch in anderen Bereichen wird es gelten, ausgewogene Regelungen zu finden. Spezifische Qualitätsstandards, „komplexe Leistungspakete“ werden durch diese Entwicklung nicht in Frage gestellt, sofern ihre Verankerung nicht zu einer Diskriminierung EG-ausländischer Leistungserbringer führt.

Das in Art. 52 EGV i.V.m. Art. 58 EGV vorgesehene *Niederlassungsrecht* steht sowohl natürlichen als auch juristischen Personen zu. Es umfaßt grundsätzlich die Aufnahme und Ausübung selbständiger Tätigkeiten jeglicher Art, die Gründung und Leitung von Unternehmen sowie die Errichtung von Agenturen, Zweitniederlassungen oder Tochtergesellschaften im Hoheitsgebiet jedes anderen Mitgliedstaates.

Nach einer jüngst ergangenen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs verstößt es nicht gegen die genannten gemeinschaftsrechtlichen Vorschriften, wenn ein Mitgliedstaat es allein privaten Wirtschaftsteilnehmern, die *keinen Erwerbzweck* verfolgen, erlaubt, sich an der Durchführung seines Sozialhilfesystems dadurch zu betei-

ligen, daß sie Verträge abschließen, die einen Anspruch auf Erstattung von Kosten für gesundheitsbezogene Leistungen der Sozialhilfe durch den zuständigen Träger vorsehen.<sup>31</sup> Damit hat der Gerichtshof eine Konsequenz aus dem Umstand gezogen, daß die *solidarische* Ausgestaltung der Sozialleistungssysteme aufgrund der damit verfolgten besonderen Zielsetzungen seiner Auffassung nach in gewissem Umfang die wirtschaftlichen Grundfreiheiten einzuschränken, ja zu verdrängen vermag.

Im Ausgangsverfahren hatten die Sodemare S.A., eine Kapitalgesellschaft luxemburgischen Rechts, und ihre beiden italienischen Töchterunternehmen, von denen eine Seniorenheime betreibt, dagegen geklagt, daß ihnen ein Eignungsnachweis nach einschlägigem Recht der Region Lombardei zum Betrieb von Seniorenheimen mit der Begründung versagt worden war, derartige Nachweise würden lediglich Betreibern von Alteneinrichtungen erteilt, die ohne Gewinnerzielungsabsicht tätig seien. Der in Frage stehende Eignungsnachweis war Voraussetzung für den Abschluß einer Vereinbarung mit den örtlichen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, die ihrerseits dann zur Erstattung von Kosten für Leistungen im Bereich der regionalen Gesundheitsfürsorge berechtigt hätte.

Der Gerichtshof hat für Recht erkannt, daß „*beim gegenwärtigen Stand des Gemeinschaftsrechts*“ ein Mitgliedstaat im Rahmen der ihm verbliebenen Zuständigkeit für die Ausgestaltung seines Systems der sozialen Sicherheit davon ausgehen darf, daß ein solidarisch ausgestaltetes System der Sozialhilfe der fraglichen Art seine Ziele nur erreichen kann, wenn zu ihm als Erbringer von Dienstleistungen lediglich private Wirtschaftsteilnehmerinnen zugelassen werden, die keinen Erwerbszweck verfolgen. Der Umstand, daß gewinnorientierte Gesellschaften sich nicht automatisch an der Durchführung eines gesetzlichen Systems der *Sozialhilfe* eines Mitgliedstaates durch den Abschluß eines Vertrages beteiligen können, der einen Anspruch auf Erstattung der Kosten gesundheitsbezogener Leistungen der Sozialhilfe durch die Behörden vorsieht, könne die Gesellschaft mit Erwerbszweck aus anderen Mitgliedstaaten gegenüber entsprechenden Gesellschaften des Niederlassungsmitgliedstaates weder sachlich noch recht-

---

31 EuGH, Urt. V. 4.6.1997, RS C-70/95 (Sodemare AG u.a.), in: EuGHE 1997, I – noch nicht veröff.

lich benachteiligen; infolgedessen verstoße es nicht gegen die Vorschriften der Art. 52 und 58 EGV, wenn ein Mitgliedstaat es allein privaten Wirtschaftsteilnehmerinnen ohne Erwerbzweck erlaube, sich an einem derartigen Sozialleistungssystem zu beteiligen.

Die Entscheidung läßt somit in bestimmtem Umfang eine Differenzierung zu zwischen der Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch Träger der Freien Wohlfahrtspflege einerseits und konventionellen gewinnorientierten Betreibern andererseits. Allerdings sollte man diese Entscheidung nicht vorschnell als Freibrief dafür in Anspruch nehmen, daß die Privilegierung von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege im Gesundheits- und Sozialwesen damit auf Dauer „gemeinschaftsfest“ ist. Immerhin hat sich nämlich der Generalanwalt, der in derartigen Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof zur Vorbereitung von dessen Entscheidung gutachtliche Stellungnahmen – sog. Schlußanträge – abgibt, sich mit beachtlichen Gründen gegen die vom Gerichtshof vorgenommene Differenzierung ausgesprochen und einen Verstoß gegen die genannten Grundfreiheiten bejaht. Die Diskussion wird deshalb weitergehen.

Es ist anzunehmen, daß der Europäische Gerichtshof schon bald Gelegenheit haben wird, seine grundsätzliche Rechtsprechung zur Geltung der Grundfreiheiten auch auf dem Gesundheitsmarkt und im Gesundheitswesen bereichsspezifisch und für Einzelfragen weiter zu konkretisieren. Im übrigen gilt es, ähnlich wie im Falle des „Exports“ des Pflegegeldes, abzuwarten, was die Zukunft bringt. Zunächst gilt allerdings der Grundsatz „in dubio pro libertate“ auch für die wirtschaftlichen Grundfreiheiten des Europäischen Gemeinschaftsrechts. Erhebliche negative Auswirkungen auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung, die Versorgungsinfrastruktur und die gleichmäßige, auch flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sowie das finanzielle Gleichgewicht der sozialen Sicherungssysteme mögen dann im Einzelfall Einschränkungen rechtfertigen (wobei dies in einer Reihe kleinerer Mitgliedstaaten eher der Fall sein dürfte als in der großen Bundesrepublik Deutschland).

## Ausblick

Europa wächst zusammen. Für die Gesundheitspolitik ist jüngst zu recht darauf hingewiesen worden, daß sich dieser Prozeß in einer Schwebelage befindet, in der Einschätzung und Entscheidungen zu

den Perspektiven gefragt seien; bei der Integration müsse nicht nur der *wirtschaftliche* sondern auch der *soziale Fortschritt* in Verbindung mit dem *Ziel eines hohen Beschäftigungsniveaus* gefördert werden.<sup>32</sup>

Die Steuerung dieses Prozesses darf nicht, wie es in der Vergangenheit in hohem Maße der Fall war, den Marktkräften überlassen bleiben. Ein unkoordiniert konkurrierendes Nebeneinander nationaler und europäischer Sozialpolitik darf es nicht geben, vielmehr sind Ziele und Inhalte dessen, was in Deutschland als „Gesellschaftsvertrag der sozialen Marktwirtschaft“ bezeichnet worden ist (SENDER), auf Europäischer Ebene zeitgerecht zu erneuern; dabei gilt es beispielsweise auch, dass gerade hierzulande viel bemühte *Subsidiaritätsprinzip* nicht als Bollwerk gegen Entwicklungen „aus Brüssel“ mißzuverstehen, sondern es gleichfalls den europäischen Rahmenbedingungen sachgerecht anzupassen. Ein Weg, auf dem dies gegenwärtig geschieht, ist derjenige des *sozialen Dialogs* der Sozialpartner, dem im übrigen ein *ziviler Dialog* an die Seite gestellt werden muß, bei dem alle diejenigen sozialpolitischen Akteure gehört werden, die auf nationaler Ebene die Sozialpolitik mitgestalten. Das *Forum Europäische Sozialpolitik*, das mittlerweile zweimal – 1996 und 1998 – in Brüssel stattgefunden und die Europäischen Institutionen und die Nicht-Regierungsorganisationen des sozialen Bereichs zusammengebracht hat, weist in diese Richtung.<sup>33</sup>

---

32 So SENDER, H., *Europäisches Gesundheitswesen offensiv gestalten*, in: *Die Krankenversicherung (KrV) 1998*, S. 285 ff.

33 Vgl. dazu auch SCHULTE, B., *Freie Wohlfahrtspflege und Europäisches Gemeinschaftsrecht: Herausforderungen und Chancen*, in: *Archiv für Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (Archiv soz. Arb.) 1999 (im Druck)*

# **Ziele und Methoden der politischen Steuerung auf Landesebene**

**Bernhard Scholten**

## **Vorbemerkung**

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz wurde bisher auf Bundesebene kaum diskutiert; bis Anfang der neunziger Jahre gab es dazu auch kaum einen Grund. Es freut und ehrt mich, wenn ich Ihnen heute am Beispiel des Landes Rheinland-Pfalz einige Überlegungen und Erfahrungen zum Thema „politische Steuerung auf Landesebene“ vortragen darf. Ob diese Entwicklung beispielhaft ist, überlasse ich lieber Ihrem Urteil; meine Binnenwahrnehmung ist hier sicherlich beschränkt. Im Folgenden möchte ich Ihnen anhand einiger Beispiele die Möglichkeiten des Landes Rheinland-Pfalz zur Steuerung im psychiatrischen Bereich darstellen.

Meinen Beitrag möchte ich als einen Werkstattbericht verstanden wissen. Ich verzichte auch auf eine theoretische Begründung meines Vorgehens. Norbert van Eickels wird diesen Aspekt in seinem Beitrag sehr fundiert und reflektiert darstellen. Lassen Sie mich meinen Ausführungen nur eine Grundmaxime voran stellen: Steuerung bedarf der Planung; Planung benötigt eine klare Zielbeschreibung; denn wenn ich am Anfang eines Weges nicht weiß, wohin ich will, muß ich mich am Ende des Weges nicht wundern, wenn ich ganz woanders ankomme. Zur Planung gehört auch die Klärung der Frage, welche Methoden, welches Instrumentarium und welche Ressourcen mir zur Verfügung stehen, um die genannten Ziele zu erreichen. Dabei zeigt sich im Entwicklungsprozess, daß sich Methoden, Instrumentarium und Ressourcen im Laufe der Entwicklung auch verändern. Selbst die Ziele müssen im Laufe des Prozesses stets überprüft und genauer beschrieben werden.

## **Das Land Rheinland-Pfalz**

Das Land Rheinland-Pfalz hat rund 4,1 Mio. EinwohnerInnen. Die Einwohnerinnenzahl ist seit 1991, dem Beginn der in diesem Beitrag beschriebenen Entwicklungen, um rund 10 Prozent gestiegen. Die ersten Planungen gingen von rund 3,8 Mio. Einwohnerinnen aus.

Es gibt insgesamt fünf stärker besiedelte Regionen in Rheinland-Pfalz. Diese zentrieren sich um folgende fünf Städte:

Koblenz:	ca.450.000	Einwohnerinnen
Mainz:	ca.400.000	Einwohnerinnen
Ludwigshafen:	ca.300.000	Einwohnerinnen
Kaiserslautern:	ca.200.000	Einwohnerinnen
Trier:	ca.230.000	Einwohnerinnen
Somit leben rund:	1.580.000	Einwohnerinnen in diesen fünf urbanen Zentren.

Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß rund 2,5 Mio. Menschen in noch eher ländlich geprägten Strukturen wohnen und leben. Im ländlichen Raum gibt es weite Wege. Ein Beispiel dafür: der Landkreis Bitburg-Prüm hat rund 100.000 Einwohnerinnen. Die Nord-Süd-Ausdehnung dieses Landkreises beträgt rund 90 km, die Ost-West-Ausdehnung rund 45 km. Ähnliches läßt sich von anderen Landkreisen berichten wie beispielsweise dem Landkreis Kusel, der mit rund 70.000 Einwohnerinnen sehr dünn besiedelt ist, doch mit einer Nord-Süd-Ausdehnung von rund 80 km sehr langgestreckt und groß ist.

In Rheinland-Pfalz sind Industrie- und Wirtschaftszweige wie: Chemie, Maschinen- und Fahrzeugbau, Eisen und Stahl, Diamantenschleiferei, Schuhindustrie, Sägereien, Holzverarbeitung, Tabakverarbeitung, Obst und Weinbau (rund 70 Prozent der Rebflächen in Deutschland) vertreten. Das Landwirtschaftsministerium ist Teil des Wirtschaftsministeriums. Auf Grund der ländlichen Strukturen gibt es sehr viele Pendlerinnen und Pendler aus dem ländlichen Raum wie Eifel, Hunsrück, Westerwald und Pfälzer Wald in die städtischen, industrialisierten Gebiete. Bis Anfang der neunziger Jahre war Rheinland-Pfalz auch als „Flugzeugträger“ der NATO bekannt. Die Beendigung der Ost-West-Konfrontation führte insbesondere in Hunsrück, Eifel und Pfalz zu einem massiven Abbau der militärischen Einrichtungen. Somit fielen gerade für diese wirtschaftlich unterentwickelten Regionen wichtigen Arbeitsplätze und Einnahmequellen fort; denn mit dem Abzug der Streitkräfte verloren diese Regionen auch Kundinnen und die Hausbesitzerinnen Mieterinnen und Mieter.

Bekannte Produktnamen aus Rheinland-Pfalz sind: BASF, Boehringer, Opel, „Liebfrauenmilch“ und nicht zuletzt der Deutsche Fuß-

ballmeister 1998: der 1. FC Kaiserslautern. Der hat übrigens auch einiges mit der Psychiatrie zu tun; denn als der derzeitige Ministerpräsident Kurt Beck im Oktober 1994 in sein Amt eingeführt wurde, entschied sich seine Ehefrau Roswitha Beck, ein begeisterter Fan des 1. FCK, den „Verein zur Unterstützung der gemeindenahen Psychiatrie in Rheinland-Pfalz“ zu gründen. Dieser Verein sammelt Geld, um den Aufbau von Psychiatrieprojekten zu fördern. Der 1. FCK hat mittlerweile rund 50.000 DM für diesen Verein gesammelt, er hat ein Benefizspiel zu seinen Gunsten durchgeführt, im Original-Meisterjahrbuch des 1. FCK berichtet Roswitha Beck auf immerhin zwei Seiten über die Anliegen der gemeindenahen Psychiatrie. Gleichzeitig gehen pro verkauften Buch 5,00 DM an den Verein. Auch in der Stadionzeitung des 1. FCK wird kontinuierlich über Psychiatrie-Projekte berichtet. Somit wirbt auch der 1. FC Kaiserslautern für einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen und für die Ziele der Psychiatrie-Reform.

## **Die psychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz**

Als 1991 SPD und FDP im Koalitionsvertrag zur Bildung einer neuen Landesregierung die Psychiatriereform als ein wesentliches Ziel der politischen Arbeit definierten, wurde die psychiatrische Landschaft noch wesentlich von den drei großen psychiatrischen Fachkrankenhäuser in

1. Andernach für den nördlichen ehemals preußischen Teil von Rheinland-Pfalz einschließlich Trier
2. Alzey für Rheinhessen, die Gebiete vom ehemaligen hessischen Darmstadt und in
3. Klingenmünster für die ehemals bayerische Pfalz

geprägt. Diese drei Kliniken hatten zusammen rund 1800 Betten. Sie hatten gleichzeitig die Versorgungsverpflichtung für ganz Rheinland-Pfalz. Dieses Pflichtangebot wurde ergänzt von vier weiteren Fachkliniken in Ahrweiler, Waldbreitbach, Saffig und Gleisweiler. Diese vier Kliniken hatten zusammen rund 400 Betten. Mitte der achtziger Jahre wurden zwei psychiatrische Abteilungen an den Krankenhäusern in Frankenthal bei Ludwigshafen und in Wittlich/Eifel mit insgesamt rund 140 Betten eingerichtet. Ergänzt wurde dieses Angebot von der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Mainz mit 124 Betten. In ganz Rheinland-Pfalz gab es 1991 zwei Tageskliniken, je eine in Andernach und eine in Frankenthal mit insgesamt 35 Plätzen.

Der außerklinische Bereich war durch mehrere große Heime bestimmt, davon sind einige – häufig in privater Trägerschaft – an der nördlichen Landesgrenze zu Nordrhein-Westfalen. Diese Heime nahmen auch noch Anfang der neunziger Jahre viele Personen aus dem benachbarten Bundesland auf.

Seit 1987 gibt es für Rheinland-Pfalz das in einer Verwaltungsvorschrift geregelte „Betreute Wohnen“ mit einem Schlüssel von 1:12. In Rheinland-Pfalz teilen sich überörtlicher und örtlicher Sozialhilfeträger die Kosten für die stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfe. Da das „Betreute Wohnen“ eine ambulante Maßnahme ist, wären diese Kosten vom örtlichen Sozialhilfeträger zu übernehmen. Um die Bereitschaft der Kommunen für den Ausbau dieser Hilfen zu stärken, hat sich das Land bereit erklärt, das „Betreute Wohnen“ als eine freiwillige Leistung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf Grundlage der Verwaltungsvorschrift zu fördern. Diese Haushaltsmittel wurden von rund 2,0 Mio. DM im Jahr 1991 in den letzten Jahren kontinuierlich auf rund 4,8 Mio. DM im Haushaltsjahr 1998 erhöht. Derzeit profitieren rund 1000 psychisch behinderte Menschen von dieser Maßnahme.

### **Die Krankenhausplanung für die Psychiatrie**

Die Krankenhausplanung ist derzeit noch eine originäre Aufgabe der Länder. Ob und inwieweit dieses Planungsinstrument von Dauer sein wird, kann ich heute noch nicht sagen; denn in den Koalitionsvereinbarungen zur Bildung der neuen Bundesregierung haben sich SPD und Bündnis '90/Die Grünen auf die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung geeinigt. Wenn zukünftig die Investitionskosten der Krankenhäuser auch von den Krankenkassen finanziert werden, dann werden diese – noch stärker als bereits heute – nach dem Motto „wer bezahlt, bestimmt die Musik“ die Krankenhausplanung (mit)bestimmen wollen. Zur Zeit ist es Aufgabe der Länder, die investiven Maßnahmen bei den Krankenhäusern in voller Höhe zu finanzieren.

In Rheinland-Pfalz regelt das Landeskrankengesetz die Einzelheiten der Krankenhausplanung. Alle an der Krankenhausversorgung Beteiligten, dies sind die Vertretungen der Krankenhäuser, der Krankenkassen und die Landesärztekammer als Fachberatung, beraten die vom Land geplanten Maßnahmen und geben zu den einzelnen Planungen ein Votum ab. Dieses geschieht im Ausschuß für Kranken-

hausplanung, der in aller Regel alle zwei Monate tagt. Dort werden die aktuellen Planungsvorhaben des Landes oder die Anträge der Krankenhausträger zur Änderung des Landeskrankenhausplanes erörtert.

Nachdem im Koalitionsvertrag 1991 die „Psychiatriereform“ in Rheinland-Pfalz zu einem wesentlichen Regierungsziel erklärt wurde und die Anträge von Krankenhausträgern auf den Aus- und Aufbau von psychiatrischen Tageskliniken und psychiatrischen Abteilungen zunahmen, setzte der Ausschuß für Krankenhausplanung auf Vorschlag des Ministeriums eine Arbeitsgruppe ein, die

n Empfehlungen für die Erwachsenen- und

n Empfehlungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

entwickeln sollte. In dieser Arbeitsgruppe waren die Landesverbände der Krankenkassen, die Krankenhausträger und die Krankenhausgesellschaft sowie die Landesärztekammer als Fachberatung vertreten. Die Federführung der Arbeitsgruppe lag beim Ministerium. Die drei großen öffentlichen Fachkrankenhäuser waren durch ihre Träger mit beratender Stimme in dieser Arbeitsgruppe vertreten.

Innerhalb eines Jahres wurden die beiden Empfehlungen für die Erwachsenen- und die Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet. In diesen Empfehlungen, die am 15. Dezember 1994 einvernehmlich von allen Beteiligten angenommen wurden,<sup>1</sup> werden als wesentliche *Planungskriterien* für die Entwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung genannt:

1. Jedes neue psychiatrische Krankenhausangebot erhält einen *Versorgungsauftrag* für eine bestimmte Region; diese sollte sich an den Grenzen der kommunalen Gebietskörperschaften orientieren. Eine Planungsregion sollte in der Regel 150.000 Einwohnerinnen umfassen. Insgesamt wurde Rheinland-Pfalz in 19 Versorgungsregionen unterteilt. Die Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser hat durch den § 12 Abs. 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) auch eine Rechtsgrundlage erhalten. Seit 1995 haben die psychiatrischen Fachabteilungen in Wittlich für den Landkreis Bernkastel-Wittlich und in Frankenthal für die Stadt Frankenthal sowie das Antoniuskrankenhaus in Waldbreitbach für den Land-

---

1 Der vollständige Wortlaut ist abgedruckt in der Broschüre „gemeindenaher psychiatrie“, die beim Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit (Bauhofstr. 9, 55116 Mainz) kostenlos erhältlich ist.

- kreis Neuwied und die Universitätsklinik für die Stadt Mainz eine Versorgungsverpflichtung übernommen.
2. Die *Bettenmessziffer* wurde mit 0,5 – 0,7 Betten pro 1.000 Einwohnerinnen festgelegt. Bei rund 4,1 Mio. Einwohnerinnen werden somit rund 2050 psychiatrische Betten benötigt.
  3. Das Angebot der psychiatrischen Abteilungen soll durch ein *teilstationäres* ergänzt werden. Mittelfristig soll das Verhältnis stationär zu teilstationär 70:30 betragen.
  4. Die psychiatrischen Krankenhäuser und die psychiatrischen Fachabteilungen sollen möglichst alle eine *psychiatrische Institutsambulanz* nach § 118 SGB V erhalten. Vor Aufnahme dieses Kriteriums in den Empfehlungskatalog führte die Arbeitsgruppe auch Gespräche mit der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen in Rheinland-Pfalz; in dem letzten Gespräch am 6. Dezember 1993 äußerten die Vertreterinnen der Arbeitsgemeinschaft keine Bedenken gegen diese Forderung.
  5. Die *großen psychiatrischen Krankenhäuser sollen auf ein wirtschaftlich vertretbares Maß* verkleinert werden und nach Abschluß des Umstrukturierungsprozesses wie die anderen Krankenhäuser und Abteilungen nur noch eine Region versorgen. Konkret bedeutet dies, daß beispielsweise die heute mit rund 550 psychiatrischen Krankbetten noch größte psychiatrische Fachklinik, die Pfalzlinik Landeck, innerhalb von rund fünf Jahren auf rund 170 psychiatrische Krankenhausbetten schrumpfen wird. Dies sieht der Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 1997 für das Jahr 2002 vor.

Der Umbauprozess in der psychiatrischen Krankenhausversorgung ist in vollem Gange. Lassen Sie mich dies anhand von einigen Zahlen belegen:

---

### Psychiatrische Tageskliniken:

---

1991 zwei Tageskliniken mit	35 Plätze
1998 16 Tageskliniken mit rund	200 Plätze
1999 werden mindestens fünf weitere Tageskliniken mit insgesamt rund ihre Arbeit aufnehmen.	100 Plätzen

---

**Psychiatrische Abteilungen:**

---

1991	zwei Abteilungen mit insgesamt	169 Betten
1998	sieben Abteilungen mit rund	430 Betten
1999	werden zwei weitere Abteilungen mit insgesamt ihre Arbeit aufnehmen. Für die Jahre	100 Betten
2000	folgende sieht der Landeskrankenhausplan noch den Aufbau von vier weiteren Abteilungen mit insgesamt und vier weiteren Tageskliniken mit rund weiteren Plätzen vor.	290 Betten 100

---

**Psychiatrische Institutsambulanzen:**

---

- 1991 eine Institutsambulanz  
1998 sechs Institutsambulanzen.
- 

Einschränkend muß gesagt werden, daß sich zumindest eine Kassenärztliche Vereinigung schwer tut, einem solchen Angebot im Zulassungsausschuß zuzustimmen.

Diese Entwicklung war letztlich nur möglich, weil das Land durch massive *investive Förderung* den Um- und Ausbau psychiatrischer Abteilungen und Tageskliniken möglich gemacht hat. Mittlerweile sind in den letzten sieben Jahren mehr als 60 Mio. DM an Landesmitteln in diesen Umbauprozess geflossen. Die Krankenkassen unterstützen diesen Umbauprozess, denn sie müssen die in der Übergangszeit zum Teil „doppelten Angebote“ finanzieren. Im Ergebnis werden die großen psychiatrischen Krankenhäuser erheblich verkleinert werden. Bis 1999 wurden dort rund 400 Krankenhausbetten abgebaut.

Dieser Umstrukturierungsprozess in den Kliniken gelingt nur, weil die Beschäftigten und die Gewerkschaft ÖTV von Anfang an den Reformprozess in der Psychiatrie mitgetragen und mitgestaltet haben, obwohl vor Ort in den Klinikstandorten Arbeitsplätze abgebaut werden. Auch hier hat das Land durch „Arbeitsmarktkonferenzen“ und durch finanzielle Unterstützungen, beispielsweise durch die Finanzierung von Überlastquoten, den Umbauprozess erst möglich gemacht.

**Der außerklinische Bereich**

Auch wenn es beim Umbau der psychiatrischen Krankenhausversorgung viele Schwierigkeiten gab und gibt, so gestaltet sich dieser Pro-

zeß relativ unkompliziert, nachdem alle Beteiligten sich durch die vorliegenden Empfehlungen auf das Ziel, die Methoden und die wesentlichen Schritte des Prozesses verständigt hatten. Ich sage dies im Vergleich zu dem notwendigen Umbauprozess im außerklinischen Bereich. Damit meine ich insbesondere die Bereiche

- Wohnen und Selbstversorgung
- Tagesstruktur, Beschäftigung, Arbeit und
- Kontaktstiftung.

Während im klinischen Bereich die Kostenträger eindeutig feststehen, gilt dies für den außerklinischen Bereich nicht. Auch gibt es keine direkte Planungskompetenz für Heime, Tagesstätten, Kontakt- und Informationsstellen, Arbeits- und Beschäftigungsangebote. Hier kann die öffentliche Hand wesentlich durch Fördermaßnahmen den Aufbau entsprechende Hilfen steuern und gestalten. Allerdings gibt es kein direktes Instrumentarium, um unerwünschte Angebote von Dritten zu verhindern. So kann ein privater Träger grundsätzlich im Rahmen der Gewerbefreiheit Heime oder andere Einrichtungen bauen. Erst bei der Belegung dieser Heime zeigt sich dann, ob die alternativen Hilfen im ambulanten oder teilstationären Bereich tragfähiger sind und die stationären Angebote nicht genutzt werden. Allerdings zeigt die Praxis, daß sich gerade stationäre Einrichtungen ihren Bedarf auch schaffen – und sei es auch durch Übernahme von behinderten Menschen aus anderen Regionen und Bundesländern.

Die Planungskompetenz läßt sich somit eher mittelbar aus der Beantwortung der bekannten Frage: „Wer zahlt?“ ableiten. In den meisten Fällen zahlt auch in Rheinland-Pfalz die Sozialhilfe die hier unter „außerklinische Hilfen“ zusammengefaßten Angebote. Dabei will ich sicherlich nicht den erheblichen Eigenanteil der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen unerwähnt lassen.

Eine Ausnahme der hier vorgetragenen Regel machen die „Werkstätten für (psychisch) Behinderte“ (WfB). Für dieses Angebot, gibt es eindeutige und rechtlich verbindliche Planungsgrundlagen. Gemeinsam mit den beteiligten Kommunen und den Trägern der Werkstätten haben Land und Landesarbeitsamt Versorgungsregionen für einzelne WfB festgelegt. Die Schwierigkeit hier bestand darin, daß die meisten Werkstätten Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung entwickelt hatten; der Personenkreis der Menschen mit einer psychi-

schen Erkrankung benötigt jedoch in diesem Bereich andere Arbeits- und Förderangebote. Hier mußten die Werkstattträger in den letzten Jahren neue Kompetenzen erwerben. Dies ist auch in vielen Fällen gelungen. Die Werkstattträger haben ihre Angebote verändert, neue, kleinere Betriebe aufgebaut und – nicht zuletzt – den Namen der Werkstätten geändert.

Bevor ich Ihnen den Planungsprozeß im außerklinischen Bereich vorstelle, möchte ich zumindest kurz darauf verweisen, daß das Land Rheinland-Pfalz auch in diesem Bereich den Auf- und Ausbau zahlreicher Angebote gefördert hat. Dazu gehören beispielsweise die Einrichtung von mittlerweile 18 Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktionen mit insgesamt rund 260 Plätzen. Auf Grund der ländlichen Struktur des Landes gibt es nicht nur „klassische“ Tagesstätten mit 18 Plätzen und einem Betreuungsschlüssel von 1:6, sondern es werden zunehmend mehr „Gemeindepsychiatrische Zentren“ gefördert, in denen Hilfen wie das Betreute Wohnen, die Tagesstruktur, die Kontaktstiftung und das vollstationäre Wohnen zusammengefaßt werden. Dabei haben die einzelnen Hilfen in der Regel nur 6 – 9 Plätze.

Nachdem die Empfehlungen für den Krankenhausbereich Ende 1994 vorlagen, lud das Ministerium die Beteiligten an der außerklinischen Versorgung zu einem Arbeitskreis ein, um ähnliche Empfehlungen für den komplementären Bereich zu entwickeln. Diese Arbeitsgruppe ging dann Anfang 1996 nach in Kraft treten des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen zum 1.1.1996 in den neuen Landespsychiatriebeirat auf.

Das *Landesgesetz für psychisch kranke Personen*, das auf einen langen, zum Teil auch hitzigen und strittigen Diskussionsprozeß zurückgeht – immerhin hatte die SPD-Landtagsfraktion noch als Opposition 1988 einen ersten Gesetzentwurf vorgelegt – hat auch für die außerklinische Versorgung wesentliche Eckpunkte gesetzt. Auf die Regelung zur Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser im § 12 Abs. 1 PsychKG habe ich schon hingewiesen. Lassen Sie mich weitere Eckpunkte des Gesetzes kurz skizzieren:

1. Der § 3 PsychKG schreibt den *Landespsychiatriebeirat* als beratendes Gremium für die Landesregierung bindend vor. Der Landespsychiatriebeirat tagt regelmäßig. Selbstverständlich sind dort neben Leistungsträger und Leistungserbringer auch die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen vertreten.

Er hat zwischenzeitlich auch schon Empfehlungen für die Besuchskommissionen nach § 29 PsychKG einvernehmlich verabschiedet. Weiterhin hat er sich auf Grundsätze für die Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz einvernehmlich verständigt. Die vier Grundmerkmale seien hier kurz genannt:

- ▣ Normalität anstreben
  - ▣ Vorrang der allgemeinen Hilfen vor den psychiatrischen Hilfen
  - ▣ Selbsthilfe fördern
  - ▣ Hilfen am Bedarf der Person orientieren und Kontrolle durch Nutzerinnen und Nutzer etablieren
  - ▣ Verantwortlichkeiten für die Hilfeerbringung verbindlich klären.
2. Im § 6 PsychKG ist geregelt, daß *Initiativen der Psychiatrie-Erfahrenen und/oder der Angehörigen* Vorrang vor den öffentlichen Hilfen haben. Auf diese Regelung müssen wir in Rheinland-Pfalz sicherlich noch stärker als bisher achten. Im § 2 PsychKG ist geregelt, daß auf die Wünsche der betroffenen Personen besondere Rücksicht zu nehmen ist. Damit diese Vorschrift auch in der Praxis Realität wird, hat der Landespsychiatriebeirat auf Antrag der Psychiatrie-Erfahrenen allen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen die Einführung von Behandlungsvereinbarungen empfohlen. Weiterhin wurde – ebenfalls auf Initiative des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen – landesweit mit finanzieller Unterstützung der Krankenkassen und des Landes ein Krisenpaß für psychisch kranke Personen eingeführt. Mittlerweile wurden über 20.000 Exemplare dieses Passes verteilt.
  3. Für mich entscheidend sind die Regelungen des § 7 PsychKG. Im Absatz 1 wird die *Planung und Koordination der Hilfen als eine Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung definiert*. § 7 Abs. 5 sieht vor, daß das Land den Landkreisen und kreisfreien Städten pro Jahr eine DM pro Einwohnerinnen zur Umsetzung dieser Aufgabe zur Verfügung stellt. Das sind jährlich rund 4 Mio. DM, mit denen die Landkreise und kreisfreien Städte Hilfeplanung gestalten und den Aufbau neuer Hilfen fördern können.
  4. Weiter wird im § 7 Abs. 1 PsychKG festgehalten, daß es das Ziel der kommunalen Planung und Koordination sein soll, die psychiatrischen Hilfen in einem *Gemeindepsychiatrischen Verbund* zusammenzuführen. Als mögliche Instrumente zur Einlösung dieser Aufgabe benennt das Gesetz im § 7 Abs. 1 die kommunalen

Koordinierungsstellen für Psychiatrie und im § 7 Abs. 2 die kommunalen Psychiatriebeiräte. Dabei soll der Gemeindepsychiatrische Verbund kein Anbieterkartell sein, sondern er ist als Qualitätskriterium für die regionale Arbeit zu verstehen. Die Zusammenarbeit der Träger der Hilfen ist ein notwendiges Qualitätskriterium, damit das Netz der Hilfen für die Psychiatrie-Erfahrenen und für ihre Angehörigen überhaupt nutzbar wird.

5. Nach § 29 PsychKG hat der Kreistag eines Landkreises oder der Stadtrat einer kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine psychiatrische Abteilung befindet, eine *Besuchskommission* für diese Einrichtung zu bestellen. Durch dieses Instrument haben die Kommunen eine weitere Möglichkeit erhalten, auf die psychiatrischen Hilfen inhaltlich Einfluß zu nehmen. Kommissionsmitglieder und politische Mandatsträgerinnen berichten, daß die ersten Berichte dieser kommunalen Besuchs-kommissionen in manchen kommunalen Gremien erstmals zu einer intensiven Diskussion über Hilfen für psychisch kranke Menschen geführt hätten. Schon dieser Effekt hilft bei der Gestaltung psychiatrischer Hilfen weiter.

Die Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen haben in den letzten beiden Jahren begonnen. Zwischenzeitlich wurden in allen Landkreisen und kreisfreien Städte namentlich benannte Personen mit der Koordinierungsfunktion beauftragt. Es gibt insgesamt 15 Personen, die mit einer halben oder einer ganzen Personalstelle für insgesamt 22 kommunale Gebietskörperschaften die koordinierende Arbeit übernommen haben. Da in Rheinland-Pfalz viele kommunale Gebietskörperschaften sehr klein sind, haben sie sich zu Planungsgemeinschaften zusammengeschlossen. So hat Zweibrücken als kleinste kreisfreie Stadt rund 30.000 Einwohner. In den meisten Kommunen läuft derzeit ein intensiver Planungsprozeß. Norbert van Eickels wird Ihnen im folgenden Beitrag über Erfahrungen aus einer Planungsregion berichten; in der wesentliche Erfahrungen für die gesetzlichen Regelungen gesammelt wurden.

Aufgabe des Landes wird es sein, in diesem Prozeß darauf zu achten, daß

1. Planungsregionen gebildet werden,
2. die Kommunen Planungen entwickeln und fortschreiben,
3. die Beteiligten – dazu gehören auch die Angehörigen und die

- Psychiatrie-Erfahrenen – in diesem Prozeß einbezogen werden und es wird Aufgabe des Landes sein,
4. die Kommunen bei diesem Prozeß durch Beratung und Informationen zu unterstützen. So hat das Land zur Umsetzung dieses Gesetzes 1996 und 1997 insgesamt acht Fachtagungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunalverwaltungen finanziert; damit sich diese mit den neuen Aufgaben vertraut machen konnten. Die Fachtagungen 1996 wurden vom Institut für kommunale Psychiatrie und die Tagungen 1997 von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführt sowie
  5. modellhaft die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu initiieren. So finanziert das Land beispielsweise den Aufbau eines Wohnverbundes als Teil eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in zwei Planungsregionen in Rheinland-Pfalz.

Hier ist vielleicht der geeignete Augenblick, um mit einem allgemeinen Mißverständnis aufzuräumen. Manche verwechseln den hier kurz erwähnten Aufbau eines Wohnverbundes mit dem möglicherweise bekannteren Modellprojekt „Selbst bestimmt Leben“, das derzeit auch in Rheinland-Pfalz in insgesamt vier Regionen erprobt wird. In diesem Projekt „Selbstbestimmt Leben“ soll erprobt werden, ob und inwieweit der einzelne Mensch mit einer Behinderung in der Lage ist, selbst zu bestimmen, welche Hilfen er benötigt. Dieses Projekt ist von Menschen mit einer körperlichen Behinderung angestoßen worden, es kann natürlich von allen behinderten Menschen genutzt werden. Das Projekt „Wohnverbund“ soll die verbindliche Zusammenarbeit der Hilfebringer fördern. In einem solchen Verbund sollen sich die Träger der Wohnangebote zusammensetzen, um ihre Hilfen aufeinander abzustimmen. Letztlich soll hier somit auch für den außerklinischen Bereich einer freiwillige Versorgungsverpflichtung für außerklinische Hilfen geschaffen werden.

Dieses Wohnverbundprojekt hilft uns auch, die Rahmenverträge nach § 93 d BSHG zu formulieren. Erfahrungen aus diesen beiden Projekten in Trier und Kaiserslautern sind in die Formulierung dieser Rahmenverträge eingeflossen. Einzelheiten hierzu können sicherlich heute Nachmittag in der Arbeitsgruppe erörtert und diskutiert werden.

Lassen Sie mich zusammenfassen: Das Land Rheinland-Pfalz hat – im Gegensatz zum Krankenhausbereich – für den außerklinischen

Bereich keine unmittelbare Planungshoheit. Durch die Regelungen im Landesgesetz für psychisch kranke Personen sind strukturelle Rahmenbedingungen – insbesondere die kommunale Verantwortung für die Koordination und Planung psychiatrischer Hilfen – geregelt worden. Gleichzeitig gibt es mit der „Psychiatrie-Mark“ auch eine bundesweit einmalige Finanzierungsregelung. Für die Umsetzung des Planungsprozesses gilt jedoch, daß Verhandlung und das Bestreben, einvernehmlich Ziele und Wege festzulegen, die wesentlichen Instrumente der Planung und der Steuerung auch auf Landesebene sind. Der Landespsychiatriebeirat kann das Forum sein, um diese Abstimmungsprozesse zu initiieren, die finanzielle Förderung von Modellprojekten wie der Wohnverbund in Trier und Kaiserslautern können Beispiele liefern für die Alltagspraxis und helfen mit, Entwicklung zu gestalten.

# Zur Strategie und Praxis der Steuerung gemeindepsychiatrischer Planungs- und Entwicklungsprozesse auf kommunaler Ebene

*Norbert van Eickels*

## Vorbemerkung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf wesentliche Leitgedanken und Erfahrungen aus dem südpfälzischen Modellprojekt „Gemeindeintegrierte Versorgung für chronisch psychisch Kranke und Behinderte“, das im Rahmen des Modellverbundes „Psychiatrie“ des Bundesministeriums für Gesundheit in den Jahren 1991-1993 gemeinsam von der Pfalzlinik Landeck, dem Landkreis Südliche Weinstraße<sup>(\*)</sup> und der kreisfreien Stadt Landau i.d. Pfalz durchgeführt und 1994/1995 als Landesmodellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz in Trägerschaft der beiden beteiligten kommunalen Gebietskörperschaften fortgesetzt wurde.

Dieses Modellprojekt ist in einer historischen Perspektive als ein substantielles Instrument der Steuerung der gemeindepsychiatrischen Reformentwicklung in Rheinland-Pfalz zu bewerten: Es verschaffte den Befürworterinnen dieser Reform auf der landespolitischen Ebene die Chance, die erforderlichen Weichenstellungen, wie sie vor allem über das zum 1. Januar 1996 in Kraft getretene Landesgesetz für psychisch kranke Personen, dessen Festlegungen zur kommunalen Steuerungsverantwortung und deren materieller Unterstützung (über die sog. „Psychiatrie-DM“) erfolgten, mit konkreten und originären Erfahrungen aus dem eigenen Bundesland umfassend und in besonderer Weise nachvollziehbar zu begründen.

Die zentrale Rolle spielten hierbei diejenigen Inhalte des Modellprojektes, die auf den Aufbau und die Erprobung einer beim Sozialdezernenten des Landkreises angesiedelten kommunalen Ko-

---

(\*) Herrn GEORG ROTHÖHLER, Ltd. Kreisverwaltungsleiter, Kreisverwaltung Südliche Weinstraße, der sich als engagierter Kommunalvertreter maßgeblich an der rheinland-pfälzischen Reformentwicklung beteiligt hat und in dessen krankheitsbedingter Vertretung dieser Beitrag für den Kongress der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. entstand, danke ich an dieser Stelle noch einmal für die sehr lehrreiche, wirkungs- und vertrauensvolle Zusammenarbeit während des Modellprojektes

ordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie – parallel zugeordnet dem Sozialdezernenten der kreisfreien Stadt im Zentrum dieses Landkreises – abzielten. Damit übernahmen erstmals in Rheinland-Pfalz zwei kommunale Gebietskörperschaften selbst die Federführung für einen gemeindepsychiatrischen Planungs- und Koordinierungsprozeß, der im Berichtsband zu diesem Modellprojekt (LOHR-WIEGMANN, VAN EICKELS 1993) ausführlich beschrieben wurde.

Der hier zum Kongreß der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. vorgelegte Beitrag beschränkt sich im Folgenden darauf, eine Strukturierung strategischer Steuerungsprinzipien mit konkreten Hinweisen aus der rheinland-pfälzischen Entwicklung – unter besonderer Beachtung der kommunalen Steuerungsperspektiven – zu versehen und stichpunktartig auszuführen.

## **Begriff und Gestaltungsprinzipien von Steuerung**

Wer die verschiedenen Beiträge zu diesem Kongreß zur Kenntnis nimmt, wird eine gewisse Unübersichtlichkeit zum Begriff der „Steuerung“ nicht verkennen, genauso wenig wie die verständliche und manchmal ganz unverhohlene Frustration sehr engagierter Beteiligter und Betroffener darüber, daß so viele Stellen und Personen gerade im Bereich der psychiatrischen Hilfen und der Gestaltung derer struktureller Rahmenbedingungen mitsteuern oder auch mitmischen wollen, und keiner hat eigentlich so richtig das Sagen und gibt vor, wo's langgeht und wie's gemacht werden soll.

Mit anderen Worten: Wer auch immer (mit-)steuern will, steht vor der Herausforderung, daß es um Steuerung in einem Kontext geht, in dem die auf den verschiedenen Ebenen (in Bund-, Land-, Kommunalpolitik, Sozial- und Krankenversicherungen, Diensten und Institutionen, etc.) beteiligten Akteurinnen im Grundsatz immer selbst entscheiden, was sie wie tun, wie sie welche Vorgaben umsetzen (oder auch nicht), usw..

Die Chancen für einen unmittelbar durchzusetzenden gemeindepsychiatrischen Planungsvollzug sind insgesamt betrachtet relativ schlecht, überall spielt oder zieht irgendeiner nicht mit; sog. „triviale“ Steuerungskonzepte aus der Maschinenwelt, wie etwas das durchaus auch heute noch mit einer gewissen Sehnsucht nach überschaubareren Zeiten behaftete Bild vom Schiffskapitän, der (z.B. als Psychiatriekoordinator) das Ruder in der Hand hält, eine folgsame Mannschaft „im

Griff“ hat, den Kurs vorgibt und jede Kursabweichung ausschließen bzw. kontrollieren und korrigieren kann, helfen kaum.

In Anknüpfung an aktuelle Begrifflichkeiten systemisch orientierter Sozialwissenschaftler geht es stattdessen um Steuerung im Kontext selbstregulatorischer, selbstorganisierender Prozesse von Individuen, Gruppen und Organisationen. Die Herausforderung heißt hierbei: Chaotischen Steuerungsphänomenen, von denen wir gerade auch im Bereich der psychiatrischen Versorgungslandschaft und ihrer Rahmenbedingungen viele traurige Lieder singen könnten, mit einer wirksamen „Chaos-Steuerung“ zu begegnen.

Steuerung läßt sich in einem solchen systemischen Verständnis definieren als *die bewußte Ausrichtung sozialer Prozesse auf bestimmte Ziele*. Wesentliche *Ordnungs- und Gestaltungsprinzipien* für eine so verstandene Steuerung, denen im folgenden entsprechende *Instrumente* der Steuerung aus den rheinland-pfälzischen Reformentwicklungen zugeordnet werden, sind z.B.

- (1) Die Entwicklung von identifikationsfähigen Leit- und Zukunftsvorstellungen
- (2) Das Setzen von Rahmen und Grenzen
- (3) Vereinbarung von Funktionen und Zielen
- (4) Die Bereitstellung und Zuteilung von Ressourcen
- (5) Das Etablieren von Feedback-Schleifen

Die Abfolge dieser Ordnungs- und Gestaltungsprinzipien kennzeichnet eine leicht nachvollziehbare funktionale Hierarchie; chaotisch geratenen Steuerungsprozesse u.a. dann, wenn Steuerungsinstrumente auf einer Ebene eingesetzt werden, für die erforderliche Klärungen auf einer funktional höher angesiedelten Ebene noch nicht in ausreichendem Maße erfolgt sind.

### **Steuerungsinstrumente in der rheinland-pfälzischen Modellregion**

Die Entwicklung von identifikationsfähigen Leit- und Zukunftsvorstellungen

Die Verständigung über das „Wohin“ und die Anknüpfung an den Motiven und Interessen der Beteiligten steht hier im Sinne der funktionalen Hierarchie nicht zufällig an erster Stelle.

Bereits die Expertenkommission der Bundesregierung (1988) hat in ihrem Bericht die Schaffung eines „regionalen Bewußtseins“ als

zentrale Voraus- und Zielsetzung für den gemeindepsychiatrischen Entwicklungsprozeß in einer Region beschrieben. Die zumindest partielle Identifikation der Prozeß- und Entscheidungsträger vor Ort in der Kommune mit bestimmten gemeindepsychiatrisch relevanten Leitvorstellungen wird dabei zum Schlüsselfaktor für eine dynamische Entwicklung.

Der wichtigste Anknüpfungspunkt auf der kommunalpolitischen Ebene wurde im hier berichteten Projekt in der Verpflichtung der kommunalen Gebietskörperschaften zur Daseinsvorsorge für *ihre* Bürgerinnen und Bürger gesehen.

Entsprechend wurde als Voraus- und Zielsetzung der gemeindepsychiatrischen Planungsarbeit mit den Entscheidungsträgern vereinbart, daß sich die gesamte Projekt- und Strukturentwicklung ausschließlich auf den örtlich überschaubaren Hilfebedarf richtete.

Diese für viele der traditionell durchaus *überregional* orientierten und ihre Plätze belegenden Einrichtungsträger zunächst nicht leicht zu akzeptierende Beschränkung (und Verpflichtung) auf den örtlichen Hilfebedarf zog sich als roter Faden durch alle in den kommunalpolitischen Gremien vorgelegten Papiere und Vorträge. Sie wurde als eine zentrale Bedingung für das Engagement maßgeblicher Personen in der kommunalen Selbstverwaltung gesehen, die Zielsetzung des Aufbaus einer effizienten Gemeindepsychiatrie nachdrücklich zu unterstützen und umzusetzen.

So stimmten der Kreistag des Landkreises Südliche Weinstraße und der Rat der Stadt Landau 1993 parteiübergreifend folgenden Zielsetzungen und Planungsgrundsätzen zu, die hier zur Illustration in den Originalformulierungen ausschnittweise wiedergegeben werden:

### „I. Zielsetzungen

- (1) „Gemeindepsychiatrie“ hat zum Ziel, die von chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen benötigten Hilfen, die traditionell nur in den großen psychiatrischen Kliniken unter hospitalisierenden Bedingungen zu finden sind, in den Lebenswelten der Städte und Gemeinden selbst einzurichten.

Die Ausgrenzung der Betroffenen in Langzeitstationen der psychiatrischen Kliniken oder in heimatferne Pflegeheime soll ebenso vermieden werden wie das hohe Risiko des Verlustes aller Grundlagen einer bürgerlichen Existenz.

- (2) Ambulante Hilfen haben Vorrang vor stationären Hilfen; Hilfen sind nur dort und soweit einzusetzen, wie sie der einzelne Betroffene tatsächlich benötigt (statt stationärer „Komplexleistung“ die Möglichkeit individueller Hilfeplanung).
- (3) Es soll der gezielte, wirksame und sparsame Einsatz von Mitteln des örtlichen Sozialhilfeträgers erreicht werden, die bisher für stationäre Langzeitmaßnahmen ausgegeben werden mußten (Um-schichtungsfinanzierung).
- (4) Die Sozialversicherungsträger sowie der überörtliche Sozialhilfeträger sind in die Planung und Finanzierung des gemeinde-psychiatrischen Hilfesystems einzubinden.

### II. Planungsgrundsätze

- (1) Planungsregion sind der Landkreis Südliche Weinstraße und die Stadt Landau. ... Entsprechend gilt die Planung ausschließlich für den örtlich feststellbaren Bedarf.
- (2) Die Federführung für den gemeindepsychiatrischen Planungs-prozeß liegt bei den beiden kommunalen Gebietskörperschaften, die die Koordinierungsstelle „Gemeindepsychiatrie“ eingerichtet haben.
- (3) An der Entwicklung der Planungsvorstellungen wirken örtliche Facharbeitskreise und der gemeinsame Psychiatriebeirat der Stadt und des Landkreise mit. ....
- (4) Es wird hoher Wert darauf gelegt, eine Planung im Konsens aller beteiligten Gruppen zu erreichen. ....“

Neben *Argumenten* als wichtigen Steuerungsinstrumenten spielten für die Entwicklung von Leit- und Zukunftsvorstellungen in Hinblick auf die konkreten Planungsinhalte in der Modellregion *Besuche* verschiedener Gruppen in fortgeschrittenen Versorgungsregionen anderer Bundesländer ebenso eine Rolle wie die Einladung von glaubwürdigen und interessant referierenden *Expertinnen*, die z.B. im Psychiatriebeirat oder in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft über wegweisende Projekte berichteten.

### Das Setzen von Rahmen und Grenzen

Als örtlich wesentliches Steuerungsinstrument war unter diesem Aspekt die Satzungsvereinbarung des Psychiatriebeirates zu sehen, in die – zwecks Gegensteuerung zu den von der Expertenkommission 1988

gebrandmarkten und auch in Rheinland-Pfalz im Allgemeinen und in seiner Modellregion im Besonderen gut bekannten „Wildwuchs“-Phänomen einer (gemeinde-) psychiatrischen Versorgungslandschaft – folgende Formulierungen mit Zustimmung aller Beteiligten aufgenommen wurde (Hervorhebung nicht im Original):

**...§ 1 Auftrag und Arbeitsweise des Psychiatrie-Beirates**

Der Psychiatrie-Beirat dient der Unterstützung der kommunalen Gebietskörperschaften beim weiteren Aufbau einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung in der Stadt Landau und im Landkreis Südliche Weinstraße.

- (1) Er berät über den entsprechenden Entwicklungsbedarf, über Planungsabsichten und Umsetzungsfragen.
- (2) Er strebt die Verständigung zwischen allen beteiligten Gruppen über grundsätzliche konzeptionelle, institutionelle und finanzielle Fragen an, deren Klärung für die Ingangsetzung von Einzelvorhaben erforderlich ist.
- (3) Hinsichtlich regionaler Versorgungserfordernisse und ihrer Bewältigung formuliert der Beirat Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger. Sofern solche Empfehlungen nicht im Konsens aller Beteiligten ausgesprochen werden können, ist die Formulierung sachlich unterschiedlicher Voten und ihre parallele Weiterleitung möglich.
- (4) *Im Sinne einer Selbstverpflichtung erklären sich die Mitglieder des Beirates bereit, grundsätzlich ihre eigenen Planungsabsichten und -konzepte – soweit sie Strukturen der psychiatrischen Versorgung der Stadt und des Landkreises betreffen – in den Beirat zur fachlichen Beratung und Stellungnahme einzubringen. ...“*

(Auszug aus der Satzungsvereinbarung des Psychiatrie-Beirates für den Kreis Südliche Weinstraße und die Stadt Landau vom 6.07.1992)

Zu dem erforderlichen Setzen von Rahmen und Grenzen aus kommunaler Sicht gehörte in diesem Zusammenhang auch eine von der kommunalen Seite insistierte Verhandlung mit den zuständigen Stellen im rheinland-pfälzischen Sozialministerium mit dem Ergebnis einer Vereinbarung, daß im Ministerium kein psychiatrisch relevanter Projektantrag aus der Modellregion mehr genehmigt wird, für den nicht eine entsprechende positive Stellungnahme der betroffenen kommunalen Gebietskörperschaft und ihrer Beratungsgremien vorliegt.

### Die Vereinbarung von Funktionen und Zielen

Zu ergänzen ist: Die Vereinbarung von Verpflichtungen.

Hierzu gehören als Instrumente der Steuerung auf der kommunalen Ebene die definitive Klärung der Funktionen und Ziele der einzelnen Dienste und Einrichtungen (in der Modellregion in der Phase der planungsvorbereitenden Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse ein wichtiger Schwerpunkt in den Sitzungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft), bis hin zu den entsprechenden Vereinbarungen für ein verbindliches gemeindepsychiatrisches Verbundsystem.

Die aktuelle Entwicklung der Leistungsvereinbarungen nach BSHG § 93 liegt auf örtlicher wie überörtlicher Ebene in diesem Steuerungsbereich, der in seiner zukunftsweisenden Bedeutung kaum zu überschätzen sein dürfte.

Kritisch ist ein solcher Vereinbarungsprozeß jedoch vor allem dann, wenn – im Sinne der eingangs formulierten funktionalen Hierarchie der Steuerungsebenen – grundsätzliche Leitzelfragen offen bzw. nicht konsensual geklärt sind.

### Die Bereitstellung von Ressourcen

Wie eingangs schon erwähnt, hat das rheinland-pfälzische Modellprojekt selbst als Steuerungsinstrument für die psychiatrische Entwicklung des Bundeslandes fungiert – der Bund hat durch die Bereitstellung der entsprechenden materiellen und beratungsmäßigen Ressourcen (innerhalb des sog. kleinen Modellverbundes im Modellprogramm „Psychiatrie“) gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz und dem Bezirksverband Pfalz als Klinikträger seinen Beitrag hierzu geleistet.

In der Umsetzung der anschließend im rheinland-pfälzischen Landesgesetz für psychisch kranke Personen formulierten Ziele hat – aus kommunaler Sicht – das Land Rheinland-Pfalz eine Reihe langfristig angelegter Steuerungsmaßnahmen eingeleitet, die über die Bereitstellung von Ressourcen ihre Wirkungen bis heute und in die Zukunft hinein zeitigen:

Hierzu zählt vorrangig, jedoch nicht nur, die im Gesetz (!) verankerte 1,- DM pro Kopf ihrer Bürgerinnen und Bürger, die jede kommunale Gebietskörperschaft seit 1996 für ihre Aufgaben der gemeindepsychiatrischen Planung und Koordination jährlich vom Land erhält, und die langfristig angelegte Maßnahmen (z.B. die Anstellung von Koordinatoren) erlaubt.

Weitere Steuerung erfolgte über die Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebote, die zu gemeindepsychiatrischen Frage- und Aufgabenstellungen für kommunale Entscheidungsträgerinnen und Fachkräfte vom Land initiiert wurden; weiterhin die Bereitstellung von spezifisch auf die rheinland-pfälzischen Bedingungen abgestellten Materialien, die das Institut für Kommunale Psychiatrie im Auftrag des Sozialministeriums entwickelte (siehe INSTITUT FÜR KOMMUNALE PSYCHIATRIE 1996), und die allen rheinland-pfälzischen Kommunen zur Verfügung gestellt wurden.

Steuerung durch die Bereitstellung von Ressourcen ist auch die Überschrift zu den Instrumenten der *Budgetierung*, die in der künftigen Gestaltung der Hilfen für psychisch kranke Menschen eine erhebliche Rolle spielen und den kommunalen Stellen noch mehr und gravierende Steuerungsverantwortungen für die örtliche Hilfsituation zuweisen werden. Auch hier sei auf die funktionale Hierarchie von Steuerungsebenen hingewiesen: Mittelbudgetierung ohne klare Verständigung über Leitziele, Rahmenbedingungen und Grenzen, Funktionen und Verpflichtungen wird statt zur effizienten Steuerung selbstregulatorischer Prozesse mit hoher Wahrscheinlichkeit zu qualitativ fragwürdigen Phänomenen führen.

### **Das Etablieren von Feedback-Schleifen**

Im Rahmen des Modellprojektes kam diesem Steuerungsaspekt eine besondere Funktion zu: Die Rückkopplungsprozesse zwischen Betroffenen, Diensten und Einrichtungen, Fachgremien, Kommunalverwaltungen, Sozialministerium und politischen Entscheidungsträgerinnen auf örtlicher und überörtlicher Ebene ergaben sich selten spontan – es galt sie systematisch zu gestalten und über entsprechende Dokumentationen und zuverlässige Informationswege sicherzustellen. Nur so konnte im Ergebnis ein wirksamer Konsens in Form eines einmütig fachlich und politisch befürworteten gemeindepsychiatrischen Plans für die Stadt und den Landkreis erreicht werden; ein Plan, der als ein Produkt möglichst vieler Beteiligter aus der Region autorisiert und von allen Seiten bejaht werden konnte.

Hinsichtlich effizienter Gestaltung von Feedbackschleifen zwischen kommunalen Entwicklungen und Problemsituationen einerseits und landespolitischer Gestaltung von Rahmenbedingungen andererseits ist aktuell in Rheinland-Pfalz der überregionale Zusammenschluß

der Psychiatrie-Koordinatorinnen in Anbindung an den Landkreis- und Städtetag und dessen regelmäßige Beratung mit dem Psychiatriereferat der Landesregierung zu erwähnen.

Steuerung durch das Etablieren von Feedbackschleifen weist natürlich auch auf die Felder von *Qualitätssicherung* und *Evaluation*, auf die hier im Einzelnen nicht näher eingegangen werden soll.

### Steuerung und Koordination

Dieser Beitrag wurde angefragt im Kontext eines Kongresses zu „Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung“. Der in Rheinland-Pfalz eingeschlagene Weg zum Aufbau bzw. zur Weiterentwicklung entsprechender Strukturen und Abläufe setzt in wesentlichen Aspekten auf die Funktion kommunaler Psychiatriekoordinatorinnen (vgl. VAN EICKELS 1996), wie sie bereits von der Expertenkommission 1988 vorgeschlagen, jedoch bislang nur in einem kleineren Teil der Bundesländer umfassend realisiert wurden.

Über entsprechende gesetzliche Regelungen und konkrete materielle Unterstützung durch das Land ist es in Rheinland-Pfalz im Grundsatz gelungen, für solche Koordinationsstellen aussichtsreiche und auch längerfristig angelegte Rahmen- und Arbeitsbedingungen vor Ort in den Kommunen zu schaffen (und nicht z.B. in den diversen Begrenzungen etwaiger ABM-Stellen o.ä. zu verharren).

Gibt es – erst recht auf der kommunalen Ebene – in diesem komplexen Feld der psychiatrischen Hilfsstrukturen eigentlich tragfähige Alternativen zu engagierter *Koordination* gerade auf den Ebenen von Planung, Entwicklung und Evaluation, wenn „Qualität und Steuerung“ miteinander in der Praxis eng und positiv verbundene Begriffe sein sollen?

### Literaturhinweise

- VAN EICKELS, N. (1996), Planung und Koordination. In: INSTITUT FÜR KOMMUNALE PSYCHIATRIE, S. 32-43
- INSTITUT FÜR KOMMUNALE PSYCHIATRIE (Hg.) (1996), „... und jetzt auch noch die Psychiatrie“. Materialien zur Umsetzung des Gesetzes für psychisch kranke Personen. Selbstverlag: Solingen
- LOHR-WIEGMANN / VAN EICKELS, U.& N. (1993), Abschlußbericht zum Modellprojekt „Gemeindeintegrierte Versorgung für chronisch psychisch Kranke und Behinderte“, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

# Stellungnahme aus Sicht einer Angehörigen

**Rosemarie Seelhorst**

Mit großem Interesse habe ich die Vorträge und Diskussionen dieser beiden Tage erlebt und voller Freude gehört, wie groß Ihrer aller Bereitschaft ist, die Lebenssituation der psychisch Kranken zu verbessern.

Ich wurde eingeladen, als Angehörige zu den Themen dieser beiden Tage Stellung zu nehmen. Zu meiner Position als Angehörige möchte ich sagen, daß ich Mutter von drei an Schizophrenie erkrankten Söhnen, Mitbegründerin mehrerer Angehörigengruppen und seit bald 10 Jahren Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) bin.

Während der Staatssekretär des Bundesgesundheitsministeriums, Herr Jordan, in seiner Begrüßung die produktive Zusammenarbeit von Professionellen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen ansprach – wie er sie nämlich aus Beiräten und Ausschüssen Niedersachsens kennt – wurde den Betroffenen durch die Referenten dieser beiden Tage hier in Bonn eher eine passive Rolle bei der Planung und Kontrolle geeigneter psychiatrischer Angebote zugeteilt. Das hat mich sehr ärgerlich gemacht.

Als betroffene Mutter verfolge ich die Planung in der psychiatrischen Versorgung, vor allem im Lebensumfeld der Kranken und deren Umsetzung nun seit über zwanzig Jahren. In dieser langen Zeit hat sich viel verändert.

Vor allem gibt es inzwischen eine größere Aufgeschlossenheit in der Bevölkerung, ohne die ein miteinander Leben von psychisch Kranken und Gesunden nicht vorstellbar ist. An dieser Entwicklung haben auch die Medien einen großen Anteil. Fernsehen, Rundfunk und Presse bringen viele gute und nützliche Hinweise zum Thema „psychisch krank“.

Zu Beginn meiner Arbeit als Vorsitzende der AANB, vor fast 10 Jahren, hatte ich es schwer mit der Presse und war oft ärgerlich über das geringe Interesse an unserer Arbeit. Das hat sich geändert. So kam beispielsweise am Montag eine Mitarbeiterin der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung von sich aus zu mir, um über unsere Arbeit und unsere Tagesveranstaltung am kommenden Samstag zu berichten.

Ich habe lange nachgedacht, worüber ich jetzt am Ende von zwei langen arbeitsreichen Tagen zu Ihnen sprechen soll. Es wäre sicherlich

eine Zumutung, jetzt zu all den Vorträgen und Themen aus der Position der Angehörigen Stellung zu beziehen.

Ich werde mich in meinem Beitrag darauf beschränken, auf die Leistungsdefizite in der Versorgung vor allem Schwerkranker hinzuweisen, weil ich der Meinung bin, daß dieses Thema dringend behandelt werden muß.

In diesen beiden Tagen, in denen wir uns hier ausführlich mit der Aufgabe und Verantwortlichkeit regionaler Planung und die für den einzelnen Kranken nötige Qualität von Angeboten beschäftigt haben, wurde immer wieder deutlich, daß Regelungsbedarf seitens der Bundesebene besteht:

Psychisch Kranke kommen sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung schlecht weg. Um diese Defizite auszugleichen, werden dringend nötige Leistungen zu Lasten der Kranken über das BSHG finanziert.

Wir sollten uns wirklich dran machen und die psychiatrische Versorgung vom Kopf auf die Füße stellen. Das heißt dann aber, mit der Psychiatrieplanung von vorn zu beginnen. Wo beginnt der Hilfebedarf?

Aus meiner Tätigkeit in einer Besuchskommission in Niedersachsen kenne ich eine ganze Reihe von Angeboten. Die größten Mängel fand ich bei den Hilfen für Schwerkranke.

Übrigens ist auch die Art, in der Medien über psychisch Kranke berichten, symptomatisch für die Versorgungssituation. Sie hat etwas mit verfügbaren und fehlenden Behandlungsangeboten zu tun. Da gibt es eine Fülle von Berichten über sympathische Menschen, die an Zwängen, Ängsten oder Depressionen leiden. Das sind die Kranken, für die es einige Angebote gibt. Das Leiden Schizophrener erscheint dagegen vorwiegend in Horrormeldungen und Unterhaltungsfilmen. Von diesen Berichten geht eher das Signal aus: Vorsicht, sich fernhalten und möglichst nichts damit zu tun haben! Bei den chronisch Schizophrenen handelt es sich um Kranke mit schweren Defiziten in der Behandlung.

Hilfe für psychisch Kranke beginnt – wie bei somatisch Kranken – mit der Behandlung bei der niedergelassenen Ärztin, von der wir voraussetzen gewohnt sind, daß sie sich auf der Höhe der modernen Medizin befindet.

Wie sollen wir zu einer befriedigenden Qualität von regionalen Angeboten kommen, so lange psychisch Kranken nicht somatisch Kran-

ken gegenüber effektiv gleichgestellt sind. Und diese Gleichstellung muß mit der für den jeweiligen Kranken geeigneten Behandlung durch den niedergelassenen Arzt beginnen.

Vor kurzem hörte ich den Vorsitzenden des Verbandes der Niedergelassenen Nervenärzte Niedersachsens seine Aussage vom vorigen Jahr wiederholen, daß weder er noch seine Kollegen es sich leisten könnten, vorwiegend Schwerkranke zu behandeln. Er sprach damit sowohl den zeitlichen Aufwand als auch die Verschreibung der geeigneten Medikamente an.

Wir alle kennen den diffamierenden Ausdruck vom „nicht Wartezimmer fähigen Patient“. Im Zusammenhang mit der eben erwähnten Aussage des niedergelassenen Arztes müßte das doch ganz anders heißen. Da geht es nicht um die Frage „wie Wartezimmer fähig ist die Patientin?“ sondern „wie wirtschaftlich ist die Patientin?“

Im Niedersächsischen PsychKG wird gefordert, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste unter der Leitung einer Fachärztin für Psychiatrie stehen, zu deren Aufgaben auch die Behandlung der Kranken gehört, die sonst – Hinweis auf oben! – unversorgt blieben. Wie sollen wir Angehörigen eigentlich reagieren, wenn wir erfahren, wie schwierig die jeweiligen Verhandlungen der Sozialpsychiatrischen Dienste in der Ermächtigungsfrage mit den zuständigen KV-Stellen sind, damit den niedergelassenen Ärztinnen keine Patientinnen abhanden kommen, und auf der anderen Seite niedergelassene Fachärztinnen sich – das habe ich selbst erlebt – durch Anrufbeantworter vor neuen Kranken abschirmen?

Und wie sieht es mit den Medikamenten aus? Wir Angehörigen hören und lesen von Psychiaterinnen über die neueren Medikamente, daß sie kaum Nebenwirkungen zeigen und also leichter von der Patientin akzeptiert werden.

Aber, obgleich ein häufiger Grund für eine kostspielige stationäre Behandlung eine akute Psychose als Folge eines Medikamentenabbruches ist, eines Abbruchs, der nicht selten mit fatalen Nebenwirkungen ungeeigneter Medikamente zusammenhängt, werden vielen Kranken nach Absolvierung eines stationären Aufenthaltes durch ihre niedergelassenen Ärztinnen wieder die alten Medikamente verschrieben.

Wenn ich dann zu diesem Thema erfahre, hier liege seitens der Ärztin ein Irrtum vor – Budgetierung hin und Budgetierung her – sie könne selbstverständlich die geeignetsten Medikamente für die jeweilige Patientin verschreiben, brauche lediglich bei der Verordnung be-

stimmter Präparate eine auf den Einzelfall bezogene Erklärung abzugeben, so macht mich das nur wütend.

Bislang habe ich den Eindruck, daß sich regionale Planungsgremien in erster Linie mit Leistungen nach dem BSHG beschäftigen. Das ist aber zu wenig; denn es kann doch nicht im Interesse der Bürgerinnen liegen, daß psychisch Kranke systematisch verarmt werden und dann auf Kosten der Sozialhilfeträger eher unzureichend als angemessen versorgt werden. Dann braucht sich doch niemand über Verweigerung von Hilfen zu wundern!

Es ist mir klar, daß eine vor allem auf die Schwerkranken zielende Planung von Angeboten nur regional erfolgen kann. Es muß darauf geachtet werden, daß das Wohl und vor allem Wehe der Kranken nicht vom eher zufälligen, persönlich geprägten Interesse der Verantwortlichen abhängig ist. Alle an der Psychiatrie Beteiligten müssen zusammenarbeiten. Lücken und Defizite in der Versorgung müssen so lange benannt werden, bis sie tatsächlich behoben sind.

Die Niedersachsen haben im vorigen Jahr die Novelle zu ihrem PsychKG von 1978 verabschiedet. In diesem Landesgesetz wird die Verantwortung für den Aufbau ausreichender psychiatrischer Versorgungsangebote den Kreisen und kreisfreien Städten zugewiesen.

Der Aufforderung zur Bildung Sozialpsychiatrischer Verbände sind eine Reihe von Kreisen und kreisfreien Städten nachgekommen. Nun müssen sie zur effektiven Zusammenarbeit finden. Das bedeutet für die einzelnen Teilnehmerinnen, Aufgaben und vor allem Verantwortlichkeiten zu übernehmen oder auch abzugeben.

Gerade in der vergangenen Woche habe ich in Hannovers Sozialpsychiatrischem Verbund – einem Zusammenschluß von Stadt und Landkreis – erlebt, daß so ein Verbund erst einmal lernen muß, nicht nur zu diskutieren sondern auch Wege aktiven Handelns zu beschreiten.

Die Qualität dieser Verbände wird, so glaube ich, auch von der aktiven Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen- und Angehörigen-Vertreterinnen abhängig sein. In der Tatsache, daß die Betroffenen die Experten in der Bewältigung des Alltags mit psychischer Krankheit sind, hingegen aber Laien im Umgang mit Gesetzen und Verordnungen, sehe ich eher eine Chance als einen Nachteil. Wer viel mit Gesetzen und Verordnungen umgeht, verliert leicht das Gefühl dafür, daß es bei unserer gemeinsamen Arbeit nicht um die Erfüllung von Gesetzen und Verordnungen sondern um Hilfe für Kranke geht.

Die Beteiligung von Betroffenen-Vertreterinnen ist vielen Professionellen lästig. Sie müssen sich Fragen und Forderungen von den Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigen anhören, die sie selbst vielleicht schon Jahr aus, Jahr ein diskutiert haben, ohne eine Antwort zu finden. Während sich die Fachwelt häufig an die Probleme und Lücken in ihrer Region gewöhnt hat und sich kaum noch um Defizite und Mißstände kümmert, stellen die Betroffenen nun unbequeme Forderungen. Ich bin mir sicher, daß durch die aktive Teilnahme der Betroffenen-Vertreterinnen die Psychiatrie-Reform, die vielerorts in eine Sackgasse geraten ist, wieder angeschoben werden kann.

Schlimm und frustrierend ist es allerdings für uns Betroffenen-Vertreterinnen, wenn wir den Eindruck gewinnen, daß im Verbund mit uns Probleme diskutiert werden, über die längst vorher im kleinen Kreis entschieden wurde.

Es ist klar, weshalb uns Angehörigen die Verfügbarkeit eines Krisendienstes so wichtig ist und sie zu unseren Basisforderungen gehört. Immer wieder kommen unsere Kranken und wir in Situationen, in denen psychiatrische Krisenhilfe dringend gebraucht wird.

Zu den Angeboten, die dringend nötig sind, um psychisch Schwerkranken ein Leben mit den Gesunden zu ermöglichen, gehört nun einmal ein rund um die Uhr verfügbarer psychiatrischer Krisendienst. Fehlt diese Hilfe, werden sich früher oder später Angehörige und Nachbarinnen überfordert fühlen. Das hat zur Folge, daß Kranke, die in eigenen Wohnungen ein selbstbestimmtes Leben führen könnten, in Heimen untergebracht werden.

Ihnen, den Fachleuten, brauche ich nicht zu sagen, was Laien zu erklären oft schwer fällt, weshalb es so schwer ist, jederzeit erreichbare Krisendienste einzurichten.

Eine andere Frage stellt sich, wenn wir an die Unterversorgung Schwerkranker denken. Kranke Menschen sind den Gesunden oft lästig und gelten, wenn sie Ansprüche an die Form von Hilfe stellen, als „schwierig“. In unserer Arbeitsgemeinschaft haben wir uns im vergangenen Jahr intensiv mit dem Thema „der schwierige Patient und die hilflosen Helfer“ beschäftigt und festgestellt, daß die sogenannten schwierigen Patientinnen nur deshalb schwierig sind, weil sie nicht in das etablierte psychiatrische System passen, das davon ausgeht, daß die psychisch Kranke kommunikationsfähig und kooperationsbereit ist. Der Mangel an diesen sicher so wichtigen Fähigkeiten ist ja nun aber geradezu symptomatisch für psychisch Kranke.

Hier stellt sich die Frage, welche Kranken erreichen eigentlich die derzeit verfügbaren Hilfen? Wen erreichen sie nicht?

Die Berichte, die ich aus den Regionen Niedersachsens erhalte – in Bremen sieht vieles anders aus – bestätigen meine Befürchtungen. Auch wenn jetzt an manchen Orten versucht wird, personenzentriert zu arbeiten, profitieren von dieser Arbeit größtenteils solche Kranke, die den Professionellen wohl bekannt sind, und die bereits durch Angebote erreicht werden. Da geht es um gezieltere Hilfe, geeignete Angebote. Es erscheint mir mehr als fraglich, ob der Ansatz, personenzentriert zu arbeiten, auch die völligen Lücken im Angebot aufzeigen wird.

Wer kümmert sich um die Kranken, die sich nicht melden, an die schwer heranzukommen ist? Für aufsuchende Motivationsarbeit – das wäre die nötige Voraussetzung, um den chronisch Kranken geeignete Angebote zu machen, die zurückgezogen und isoliert leben – fehlt die Finanzierung. Man muß sich selbst kümmern können, d. h. darf nicht sehr krank sein.

In der Regel wird eine psychisch Kranke so privat und selbstbestimmt leben wollen wie eine Gesunde. Hilfe braucht sie deshalb in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld.

Bei genügender Hilfe im Bedarfsfall brauchten sicher nur wenig psychisch Kranke in Heime. Deshalb muß für aufsuchende Hilfe gesorgt werden. Mit intensiver praktischer Hilfe läßt sich so manche Krise in den eigenen vier Wänden überwinden.

Meine kranken Söhne versorgen sich selbst in ihren eigenen Wohnungen. Das geht manchmal lange gut. Aber dann kommt es doch immer wieder zu einer neuen Krise, die häufig durch intensive Hilfe der Familie gemeistert wird. Alle Angehörigen fragen sich, wer diese Hilfe leisten wird, wenn sie selbst das nicht mehr können. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, daß die Kranken dann in einem Heim untergebracht werden.

Das Betreute Wohnen wäre keine Lösung. In stabilen Zeiten findet dort größtenteils eine fast schon lästige Überversorgung statt. In Krisen fehlt es an der nötigen Zuwendung. Dann werden die Bewohnerinnen aus dem Betreuten Wohnen schneller ins Krankenhaus gebracht, als es im privaten Bereich durch die Angehörigen geschehen könnte.

Nun ist dieser geschilderte Bedarf an aufsuchender Hilfe durchaus nicht neu und gehört inzwischen zum Angebot einiger Einrichtungen. Es liegen auch Auswertungsergebnisse und detaillierte Pläne für diese Form der Hilfe vor.

Unser Landesverband, die Arbeitsgemeinschaft für Niedersachsen und Bremen, hat im Oktober 96 in Oldenburg eine Tagesveranstaltung zum Thema „Ambulante Hilfen für psychisch Kranke, Bedarf und Finanzierung“ ausgerichtet. Dort wurden auch die „ambulanten psychiatrischen Basishilfen“, wie sie von Hildegard Weigand und Wolfram Beins für den Niedersächsischen Landesfachbeirat erarbeitet wurden, vorgestellt. Mitarbeiterinnen von den Freien Sozialen Diensten Friesland informierten die staunenden Angehörigen über das Vareler Hilfeangebot, das in Zusammenarbeit mit der AOK geleistet wird.

Jetzt, zwei Jahre später, erfahre ich im Niedersächsischen Landesfachbeirat, daß in mehreren Kommunen des Landes in Zusammenarbeit mit der AOK Niedersachsen ab kommenden Jahr aufsuchende psychiatrische Hilfe als Modell geleistet werden soll. Eigentlich müßte nun bei mir, die ich mich seit Jahren für diese Form der Hilfe einsetze, Freude aufkommen. Diese hält sich aber in Grenzen. Warum in dieser Situation Modelle? Warum nicht flächendeckende Angebote?

Ich denke, dort, wo nicht klar ist, wie die nötige Hilfe aussehen muß, sind Modelle sinnvoll. Aber nicht da, wo der Bedarf und die Inhalte der Hilfe bekannt und belegt sind. Vielleicht geht es hier nur um Aufschub – nur wem soll der eigentlich nützen?

Lassen Sie mich mit diesen Ausführungen schließen. Wir sind alle nach zwei Tagen Vorträgen und Arbeitsgruppen müde. Einige der Teilnehmer mußten schon abreisen.

Mir lag daran, die Gelegenheit zu nutzen und auf die schweren Versorgungsdefizite chronisch Kranker hinzuweisen. Ich denke, das sind Aufgaben für die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Versorgungsmängel hängen aber auch damit zusammen, daß sich die bequeme Auffassung durchgesetzt hat, daß Kranke kommen müssen und zeigen, daß sie Hilfe wollen. Das schwerste Stück Arbeit in der Psychiatrie, die Motivationsarbeit, wird uns Angehörigen überlassen, uns, die wir in Ihren Vorträgen kaum vorkamen.

Die Qualität psychiatrischer Angebote muß an der Akzeptanz durch die Schwerverkrankten gemessen werden. Ist das nun eine Binsenweisheit oder völlig überhöhter Anspruch?

Deshalb ist die Teilnahme von Psychiatrie-Erfahrenen und von Angehörigen an den psychiatrischen Gremien auf allen Ebenen, in der Region, im Land und auf der Bundesebene von großer Bedeutung.

# **Stellungnahme aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen**

**Hans-Jürgen Claußen**

Bei meinen Vorträgen arbeite ich immer mit dem sogenannten Frame-Ansatz – Frame bedeutet Rahmen oder Bezugssystem. Die zentrale Konsequenz dieses Ansatzes ist, daß Wahrheit vom Bezugssystem abhängt.

Beim Thema dieser Tagung geht es auch um ein Bezugssystem: Es geht um ein neues Paradigma, das wir etablieren wollen und es geht um einen Bewußtseinswandel.

Wir haben in den beiden letzten Tagen sehr viel über rechtliche Regelungen und Fragen der Umsetzung des personenbezogenen Ansatzes gehört. Dem, was von der AKTION PSYCHISCH KRANKE gesagt worden ist, habe ich nichts hinzuzufügen. Als Mitglied der Kommission konnte ich die Entwicklung des personenbezogenen Ansatzes begleiten. Auch wenn ich manche Details der Vorschläge äußerst kritisch sehe, so geht der personenbezogene Ansatz – vor allem die ihm zugrunde liegende Philosophie – in die richtige Richtung, indem er den Bedarf und die Bedürfnissen Psychiatrie-Erfahrener als Ausgangs- und Bezugspunkt nimmt.

Diese Sichtweise stimmt mit den Forderungen des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen überein. Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen ist an einer Personen- und Subjektzentrierung in der Arbeit und bei den organisatorischen Strukturen interessiert. Wir sind dabei – und das begreifen Professionelle äußerst schwer – vor allem daran interessiert, daß wir als Kern der Behandlung Beziehung und Kommunikation haben statt symptomorientierten Aktionismus. Hier liegt ein Problem, das aus meiner Sicht die meisten Professionellen haben, die uns begegnen: Sie schauen immer auf die Symptome und begreifen nicht, daß die eigentliche Lösung nur im sozialen Bereich bestehen kann, in der Rekonstruktion von gemeinsamer Wirklichkeit – und nicht in der Veränderung biochemischer Vorgänge im Gehirn.

Die wichtigsten Anforderungen aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener an ein Hilfesystem lassen sich in folgenden fünf Punkten zusammenfassen:

1. Wir brauchen ein Hilfesystem, das – und das ist hier Konsens – vom individuellen Bedarf ausgeht.

2. Das Hilfesystem muß Beziehungsarbeit, soziale Bindung und soziale Netze fördern.
3. Kommunikation, Beziehung, Interaktion und Partnerschaft muß im Mittelpunkt der Arbeit und der Behandlungsansätze stehen.
4. Regionale Versorgung muß als Organisation und Entwicklung sozialer Netze verstanden werden, weil Beziehung und soziales Netz ist das, was uns gesund macht.

Diese Erkenntnis, die unter anderem durch Ciompi, Laing, Mosher belegt ist, wird nach wie vor mißachtet. In der heutigen Gemeindepsychiatrie wechseln die Bezugstherapeutinnen wie das Wetter: Es erfolgen Abbrüche, nicht nur beim Übergang zwischen Institutionen – was wir mit dem Kommissionsansatz ändern wollen – sondern auch innerhalb von Institutionen, weil die Bezugspersonen oder die zuständigen Mitarbeiterinnen wechseln.

Es gehört zu den krassesten Fehlern, den Psychiatrie macht, nicht zu begreifen, daß die dauerhafte Beziehung das ist, was die Leute gesund macht.

5. Wir brauchen – und das ist Thema der Tagung – Finanzierungsformen, die gute Beziehungsarbeit belohnen und institutionszentriertes und technokratisches Handeln bestrafen. Das heißt, wir müssen uns grundlegend überlegen, wie werden eigentlich Beziehungen belohnt?

Es kann doch nicht angehen, daß zum Beispiel die niedergelassene Ärztin ruiniert wird, wenn sie länger als zwanzig Minuten mit mir redet.

Es kann doch nicht angehen, daß beispielsweise darüber nachgedacht wird, Beziehungsarbeit auf abrechenbare und zu dokumentierende Tätigkeiten zu reduzieren: Wie kann jemand, der in einer Begegnungsstätte arbeitet, den Wert von fünf Minuten Telefonat einschätzen, das für die Anrufende die Grundlage ist, um über das Wochenende zu kommen?

Da frage ich mich wirklich, was sind da für Leute am Werk, wenn wir diese technokratische Qualitätsdebatte beobachten. Sind das Leute, die überhaupt im Ansatz begriffen haben, um was es gehen muß?

Diese fünf Punkte beschreiben Ziele, die angestrebt werden müssen. Hierfür liefert der Ansatz der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine gute Grundlage.

Damit ist die Liste der Anforderungen an Veränderung aber keineswegs abgeschlossen. Weitere Anforderungen sind beispielsweise:

- Regionale Psychiatrie-Budgets, die aus Mitteln aller Kostenträger gespeist werden und auf die bei dieser Tagung schon mehrfach eingegangen wurde. Aber – und das ist noch wichtiger – wir brauchen Menschen in den Entscheidungspositionen und Gremien, die systemisch denken und vernetztes Arbeiten nicht als Bedrohung ihrer Machtposition erleben.
- Wir brauchen ein mehrdimensionales und multifaktorielles Krankheitsverständnis. Auch dieses ist noch nicht selbstverständlich.
- Wir brauchen multidisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen – aber ohne Hierarchie. Das ist für mich entscheidend. D.h. Ärztinnen müssen ihre Definitionsmacht abgeben und ihre Autorität relativieren. Dies erfordert einen gemeinsamen Lern- und Veränderungsprozeß von allen Beteiligten.

Im Zusammenhang mit dem letzten Punkt möchte ich einen atmosphärischen Eindruck aufgreifen, den ich bei dieser Tagung gewonnen habe: Ich habe das Gefühl, daß sich die Leute von der AKTION PSYCHISCH KRANKE etwas zurückgenommen haben, was hier dazu geführt hat, daß man sich unwohl fühlt, weil keiner sagt, wo es lang geht. Ich hatte das Gefühl, daß die Teilnehmerinnen eine Orientierung, einen Aktionsplan haben wollten, um daran weiterarbeiten zu können. Aber irgendwie ist es dann doch anders gekommen. Es war mehr eine Bestandsaufnahme und der Versuch, ein bißchen zu gucken, wie es denn weitergehen kann.

Es ist die Frage, wie wir den Prozeß der Umorientierung zum personenbezogenen Ansatz organisieren können: Was müssen wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE tun, um den Prozeß zu begleiten, der da irgendwie ins Rollen gekommen ist – und zwar schneller ins Rollen gekommen ist, als wir gedacht haben.

Hier muß die AKTION PSYCHISCH KRANKE noch etwas leiten. Das hat Herr Urban auch schon gesagt. Wir brauchen, wenn wir daran weiterarbeiten wollen, eine Orientierung.

Orientierung und kritische Begleitung ist dabei auch für die Schritte zum personenbezogenen Ansatz notwendig, die bereits heute getan werden können. Dies gilt vor allem für den Rehabilitationsplan.

Der Philosophie und dem Selbstverständnis des personenbezogenen Ansatzes entsprechend, darf der Rehabilitationsplan natürlich nicht gemacht werden, ohne daß die Betroffenen angehört werden. Aber auch das scheint in der Praxis nicht selbstverständlich zu sein.

Es gibt Professionelle, die finden diesen Bogen so spannend, weil sie da endlich mal alles erfassen können, was sie da eigentlich tun – aber sie haben die Philosophie des personenzentrierten Ansatzes vergessen – oder schlicht nicht verstanden.

Daneben müssen die Betroffenen selber klare Informationen darüber bekommen, auf welche Leistungen sie Anspruch haben und welche Leistungen davon in ihren Regionen vorzufinden sind – das ist ja keinem klar. Die Professionellen steuern auf der Basis des Angebotes die Nachfrage, auch in den einzelnen Einrichtungen und Diensten. Nicht einmal ich weiß, worauf ich alles Anspruch hätte, wenn ich einmal chronisch krank wäre – und ich weiß, daß es fast allen Psychiatrie-Erfahrenen genauso geht. Wie kann man „informiert und autonom“ als Subjekt mit Professionellen über einen Rehabilitationsplan verhandeln, wenn man gar nicht weiß, was einem zusteht. Notwendig ist also die Information der Psychiatrie-Erfahrenen.

Ein Schritt in die richtige Richtung wäre beispielsweise, wenn man vielleicht mit den Selbsthilfegruppen vor Ort über die Behandlungspläne und die möglichen Leistungen, die man bekommen kann, reden würde.

Daneben müssen auch die Betroffenen nach meiner festen Überzeugung auf den Rehabilitationsplan geschult werden, weil ich nicht glaube, daß sie sonst diesen Plan effektiv für sich nutzen können. Und zwar nicht, weil er schlecht ist, sondern weil er an Professionelle und an Psychiatrie-Erfahrene neue Anforderungen stellt: Wenn Profis schon geschult werden müssen, um damit umzugehen, ist dies auch für Psychiatrie-Erfahrene zu ermöglichen. Denn, wenn ich als Psychiatrie-Erfahrener über Jahre daran gewöhnt bin, daß man für mich entscheidet und ich soll plötzlich mitbestimmen, dann muß ich doch ein bißchen Know-how dafür haben, wie das aussehen soll, wie das gehen kann. Da muß man doch eine Unterstützung liefern.

Man muß den Betroffenen in den Einrichtungen den Rehabilitationsplan erläutern: Sie müssen über das Verfahren informiert werden, wie der Plan aufgebaut und wie er gedacht ist. Es muß deutlich werden, daß die Betroffenen mitentscheiden können und sollen.

Die Information über den Rehabilitationsplan erfolgt zwar teilweise schon, aber ich meine, es muß schon so etwas wie eine Schulung sein. Eine Schulung, um zu vermitteln: Du bist jetzt empowertes Subjekt und du kannst jetzt über dein Leben mitbestimmen. Es muß klar werden, daß sich etwas verändert hat.

Zum weiteren Vorgehen der AKTION PSYCHISCH KRANKE schlage ich vor, daß die Erfahrungen und Informationen aus den Regionen und den Einrichtungen, von denen wir hier ja nur einige gehört haben, bundesweit gebündelt werden. Das kann beispielsweise die Zusammenstellung eines Readers sein den man den Leuten in den Regionen zur Verfügung stellt, damit man untereinander lernen kann. Die hat auch Herr Urban angesprochen. Ich denke da würden alle von profitieren, wenn man weiß, welche Türen man umsonst einrennt.

Und zweitens sollte man den Staatssekretär in den von ihm angeregten Gesprächen mit dem Bundesgesundheitsministerium beim Wort nehmen: Er hat gesagt, das Bundesministerium für Gesundheit wäre an einer Weiterentwicklung einer patienten- und gemeindeorientierten Psychiatrie interessiert. Das heißt, man sollte sozialrechtliche Verbesserungen und Regelungen finden, die es begünstigen den Ansatz der Kommission einzuführen.

Außerdem denke ich, müßte man mit dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen darüber nachdenken, wie die Zusammenarbeit mit den Ländern gestaltet werden kann. Wir haben ja hier oft genug von der Sozialhilfe geredet und von den Zuständigkeiten der überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträgern. Hier sollten Initiativen gefunden werden, wie das Klima für die Umsetzung des personenbezogenen Ansatzes – den ja wohl die Mehrheit der wichtigen Leute in der deutschen Psychiatrie will – verbessert werden kann.

Insgesamt wünsche ich uns allen genug Geduld beim Bohren der dicken Bretter und ich hoffe – das ist für mich das wichtigste worauf ich hoffe –, daß der Beton in den Köpfen langsam mal bröckelt.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE ist nach meiner Meinung – auch mit dieser Tagung – auf dem richtigen Weg.

Aber eines hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE immer noch nicht begriffen: Man kann Spielregeln nur ändern, wenn man die alten Regeln nicht mehr akzeptiert.

Ich denke, sie akzeptiert noch in manchen Bereichen die alten

Spielregeln und sie ist nicht energisch genug im Durchsetzen und Konfrontieren. Das ist jedenfalls meine subjektive Wahrnehmung.

### **Zum Schluß will ich Ihnen noch etwas mit auf den Weg geben:**

Der neue Bundeskanzler Gerhard Schröder hat in seiner Regierungserklärung gesagt: Die Verbände (also so etwas wie die AKTION PSYCHISCH KRANKE), Bürgerinitiativen (so etwas wie dieses Netzwerk von Leuten, die personenzentriert arbeiten wollen) und Selbsthilfegruppen (also so was wie wir), wären die Keimzellen der Entwicklung – also dessen, was im Land passiert. Er meinte, daß der ehemalige Bundeskanzler – Helmut Kohl – das nicht begriffen hätte, und daß er deshalb die Wahl verloren hätte.

Ich hatte die Rede im Fernsehen gesehen und habe mir das gleich notiert, das fand ich nämlich spannend. Und ich stelle mir die Frage, ob das hier alle begriffen haben, was Gerhard Schröder gesagt hat: Er hat nämlich gesagt: „Netzwerke haben mehr Macht als Personen.“

Und das heißt, wenn wir jetzt alle nach Hause gehen, und wir alle weiter machen, wird der personen- und lebensfeldzentrierte Ansatz der AKTION PSYCHISCH KRANKE Standard werden. Dies ist meine feste Überzeugung. Weil: Je mehr Leute mitmachen, desto größer wird der Druck auf die Leute, die ihn noch blockieren.

Und wenn man so einen Regierungswechsel erreichen kann, dann kann man auf diesem Weg auch einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie durchsetzen.

Ich hoffe, daß damit die „Brillen in ihren Köpfen“ endgültig wieder sauber sind und sie wieder klar sehen: Es gilt, an der Umsetzung des personenbezogenen Ansatzes weiterzuarbeiten, so schwierig das auch ist.

# **III. Materialien aus den Arbeitsgruppen**



# **A. Gemeindepsychiatrischer Verbund – Präsentation von Beispielen**

## **Einführung**

**Christa Widmaier-Berthold**

Unter der Leitfrage, wie Qualität und Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund verwirklicht wird, wurden in der Arbeitsgruppe Erfahrungen aus großstädtischen, kleinstädtischen und ländlichen Regionen präsentiert

Ausgehend von diesen Beispielen sollte gefragt werden, wie eine praktikable Qualitätssicherung und Steuerung auf der Fallebene und auf der strukturellen Ebene entwickelt werden kann. Lassen sich heute schon – von den örtlichen Rahmenbedingungen abstrahierend – gemeinsame Erfahrungswerte ausmachen?

## **Verständigungsprobleme**

Wir Fachleute haben noch Mühe damit, uns untereinander über den gemeindepsychiatrischen Verbund zu verständigen. Jeder spricht über „seinen“ Verbund mit den in der eigenen Region geprägten Begriffen und eng verhaftet mit der dortigen Verbund-Geschichte. Woran liegt das?

Jede Verbundentwicklung läuft anders als die andere – bedingt durch die vielen örtlichen Besonderheiten, die Ungleichheiten in der Versorgung, die prägende Kraft individueller Akteure und Konstellationen, das jeweils unterschiedliche Tempo. Die Entwicklungen werden – auch wenn Landesgesetze oder Finanzierungsregelungen hin und wieder Vorgaben machen – von den örtlichen Kräften weitgehend autonom und daher auch sehr vielfarbig gestaltet.

Es fehlen gemeinsame Begriffe, mit denen wir uns über die verschiedenen Verbund-Entwicklungen austauschen könnten. Der Grund liegt möglicherweise darin, daß wir bisher nur die Zielsetzun-

gen – Verbund, Budget, personenzentrierter Ansatz – und für die Beschreibung der relevanten Zusammenhänge Begriffe und Konzepte entwickelt haben. Für die Beschreibung der einzelnen Aufbauschritte, der von uns initiierten ersten Veränderungen in den organisatorischen, finanziellen, fachlichen Zusammenhängen der verschiedenen Entwicklungsphasen, der notwendigen sozialen und planerischen Prozesse verfügen wir noch nicht über fachliche Kriterien und Indikatoren zur Beschreibung und Evaluation. Diese sind aber dringend notwendig.

Bei der Vorbereitung der AG haben wir uns daher klargemacht, daß ein Erfahrungsaustausch über den „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ ein Unterfangen ist, bei dem die Beteiligten versuchen müssen, soweit wie möglich alle „örtlichen Färbungen“ wegzulassen und sich auf das vermutete abstrakte gemeinsame zu konzentrieren. Das ist aber schwer spontan zu fassen. So entstand der Gedanke, für die AG eine vorläufige Liste von möglichen Verbund-Merkmalen aufzustellen, als Raster zur Orientierung, um die Verbundentwicklungen mit gleichen Begriffen zu beschreiben und dann auch miteinander zu vergleichen.

### **Vorgehen**

Einige Wochen vor der Tagung sandten wir den Vertretern der sechs ausgewählten Verbund-Regionen einen Fragebogen mit einem *Kriterien-Raster* zu. Wir baten sie, diesen auszufüllen und uns die aktuellen Schwierigkeiten mitzuteilen. Das ausgefüllte Raster sollte in der AG als Diskussionsgrundlage dienen.

Die Berichte in der Arbeitsgruppe litten unter dem knappen zeitlichen Rahmen. Rückfragen und Austausch waren kaum möglich. Das Raster und Wandzeitungen gaben zwar einen orientierenden Hintergrund ab, auf die lebhaften Nachfragen nach mehr und vertiefte Information konnte nur mit dem Hinweis auf den Tagungsbericht (mit Raster, Materialien und Adressen) eingegangen werden.

### **Perspektiven**

An der oben beschriebenen Verständigungsproblematik konnte nur ein kleines Stück gearbeitet werden. Vielleicht bieten aber das im folgenden abgedruckte, überarbeitete Raster mit den Materialien, Ergebnisse der intensiven Vorbereitung der Referenten, gute Chancen, in der nächsten Zeit bei der Entwicklung von fachlichen Begriffen, Kriterien und Indikatoren weiterzukommen.

Zu wünschen ist, daß der Tagungsbericht den fachlichen Austausch unter den Verbundregionen unterstützt, daß er zu einer leichteren Orientierung verhilft, wer was mit welchen Begriffen meint. Die in dem Raster vorgeschlagenen Kriterien sind in diesem Sinne ein erster Versuch, etwas Übersichtlichkeit herzustellen.

Auf alle Fälle wollen wir dazu ermutigen, in dem noch unwegsamen fachlichen Terrain „Verbundentwicklung“ Markierungen anzubringen und Wege anzulegen. Wir verfügen bisher nur über grobe Übersichtskarten und kennen einige Fernwanderwege – die kleineren Karten und die Wege, die für uns machbar sind, müssen wir erst noch herstellen.

# Gemeindepsychiatrischer Verbund – Vergleich verschiedener Beispiele

	Schwalm-Eder-Kreis (Nord)	Kaiserslautern (Wohnverbund)	Hannover	Stuttgart	Bielefeld	Bremen
<b>1. IST-Versorgungssituation</b>						
Einwohner/-innen Landkreis	112.988	200.000	1.100.000	560.000	320.000	550.00
Klinische Betten	62,9	0		323	316	
Tagesklinik-Plätze	7			59	92	
Stationäres Wohnen – Plätze	189,7	60		75	ca. 500	
Ambulantes Wohnen – Plätze	39,8	48		120	ca. 300	
Beschützte Arbeit – Plätze	44,0	60		ca. 260		
Zahl der Mitarbeiterinnen im ambulanten Bereich						
- insgesamt	11 (Zentrum)	9				
Davon in den einzelnen Bausteinen					GPV	
- Sozialpsychiatrischer Dienst	Nein	Ja		21		
- Tagesstätte/Kontaktstelle	Ja			23	7	
- Ambulantes Wohnen	Ja	Ja, stat. Wohnen				
- Psychosozialer Dienst	Ja	Ja		3		
- psychiatrische Pflege	Nein	Nein		2	Ja	
<b>2. IST-Planung und Absprachen</b>						
<b>Planungsgrundlagen</b>						
Bestandserhebung liegt vor	Ja	Ja	- Regionalerhebung - geplant: fallbezogene Basisdokumentation	Ja	Nein	
Psychiatrieplan / Jahr	Ja 1995, 1998	Nein	Sozialpsychiatrischer Plan vorgesehen	Ja 1997	Ja 1996	
Der „GPV“ ist Teil des Psychiatrieplans	Ja	Nein (s.o.)	Nein (s.o.)	Ja	Ja	
Verbindlichkeit:			Landeskonzept			
Das Ziel des GPV ist ...	Ja	Ja	Ja	GPV-Leitlinien für Stuttgart	Ja	
Mündlich abgesprochen im Psychiatrie-Beirat	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Beschlossen im kreiskommunalen Parlament	Nein	Nein	Ja, zwischen Stadt und Landkreis	Nein	Ja	
Gegenstand eines schriftlichen Kooperationsvertrags	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	
Gegenstand einer vertraglichen Kooperationsverpflichtung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	

	Schwalm-Eder-Kreis (Nord)	Kaiserslautern (Wohnverbund)	Hannover	Stuttgart	Bielefeld	Bremen
<b>3. Ziele des GPV / Inhalte der Absprachen</b>						
<b>Inhaltliche Reichweite: Geplant ist ...</b>						
personenzentrierte Bedarfserhebung	Nein	Ja	Geplant für gesamte Arbeit, beschlossen für §§ 39/40 BSHG (ohne WFB)	Ja	Ja	Ja
personenzentrierte Hilfebringung	Nein	Ja	Ja – für §§ 39/40 BSHG	Nein	Ja	Ja
personenzentrierte Budgetierung	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	
Bedarfsdeckung	Ziele: Ausbau Wohnen und Tagesstruktur, Arbeit; eigene klinische Versorgung	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Ambulante Komplexleistungen erbringen	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Budget – Ebene Funktionsbereich	Jahresbudgets für GPV-Bausteine	Nein	Nein	Nein	Nein	
Budget – Ebene Region	Gemeinsames Budget für GPV	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Umschichten (finanzieller) Ressourcen klinisch-ambulant	Nein	Nein	Ja	Umschichten aufgebaut: - häusliche Pflege - Case-Management - Krisendienst	Nein	Ja
Gemeinsame Nutzung personeller Ressourcen	Anteilige Arbeit in den GPV-Bausteinen	?	Angestrebt – beginnt im Sektor - einige ambulante Mitarbeiter arbeiten anteilig als "Sozialdienst" auf den Sektorstationen	angestrebt	Teilweise für die drei Sektorkoordinatoren	Ja

Beobachten der Kosten-Nutzen-Auswirkungen der beginnenden Bündelung und Budgetteilung: Wie verbindliche gemeinsame Fall-Koordination:	über jährliche Budgets für GPV-Bausätze und GPV-Budget	Ja	In den Sektoren	Ja - in den drei Wohnverbänden	Nein	Ja, Einführung einer Kosten und Leistungsrechnung
Verbindliche gemeinsame Fall-Koordination:	Regionale Belegungskonferenz (Faderführung: Kreis)	Aufnahmekonferenz	In den Sektoren	Ja - Fallgespräche in den Sektoren	Nein	Regionalkonferenzen, einzelfallbezogene Abstimmung der Hilfen zwischen Trägern-Klinik-SPD auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages ?
Verbindliche gemeinsame Qualitätssicherung:	Nein	Nein	Jahresberichte, Gremien	Jahresberichte, Gremien	Gremien, Berichte	Budgetausschluß Budget-Bericht
Gemeinsame Steuerung:	Geschäftsführung, Teamsituationen, interne Absprachen	Trägerkonferenz und Aufnahme-konferenz	Gremien into-Pflicht der Anbieter bei Veränderungen	Psychiatrie-Arbeitskreis, Aufnahmegremien in den drei Wohnverbänden	Sektor-konferenzen und -koordinatoren (je ca. 100.000 EW)	Budgetausschluß Budget-Bericht
Evaluation: Wird mit Indikatoren gearbeitet?	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	?

	Schwalm-Eder-Kreis (Nord)	Kaiserlautern (Wohnverbund)	Hannover	Stuttgart	Bielefeld	Bremen
	<b>Institutionelle Reichweite: Dar GPV umfasst ...</b>					
gesamte Erwachsenenpsychiatrie einen Teilbereich daraus, d.h.	Nein Wohnen / Beratung / Tagesstätten	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
nicht-erwachsenenpsychiatrie, sondern ...						
<b>Zielgruppen</b>						
Chronisch psychisch kranke Menschen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Suchtkranke	Nein	Strittig	Ja	nicht explizit	Ja, Chronisch Suchtkranke	Ja
Kinder- und Jugendpsychiatrie			Ja		Nein	
<b>Bausteine</b>						
Ambulantes und stationäres Wohnen		Ja	Gesamte Versorgung		Nur ambulantes Wohnen	
Alle ambulanten Bausteine				Ja, plus Kliniken und teilstationäre Angebote	Ja	
Tagesstrukturierung	Ja	Strittig		Ja	Ja	
Ambulantes Wohnen	Ja			Ja	Ja	
Beratung, Freizeit	Ja			Ja	Ja	
Nur Träger untereinander			Träger und Selbsthilfegruppen		Ja	Fallebene: Träger, Klinik, SPD
... und Kostenträger	Träger, LWV, Land, Landkreis	Träger, Stadt, Landkreis	Gaststatus	Träger, Stadt (Modell: Land, Kassen, Stadt)	Angestrebt: Träger, Kostenträger und Stadt	Verbundebene: Träger, Kostenträger (§83 BSHG-Leistungsverträge)
... und kreiskommunale Ebene	Ja	Ja	Gaststatus	Ja, Träger, Stadt (Modell: Land, Kassen, Stadt)	angestrebt	
... und Nutzerorganisationen			Ja	Ja		

	Schwalm-Eder-Kreis (Nord)	Kaiserslautern (Wohnverbund)	Hannover	Stuttgart	Bielefeld	Bremen
<b>4. Ergebnisse</b>						
Welche Ziele wurden bereits umgesetzt?	<p>GPV mit Rechtsform; GmbH</p> <p>Das Psychosoziale Zentrum Schwalm-Eder (Nord) ist Träger des Betreuten Wohnens, der Psych. Kontakt und Beratungsstelle und der Tagesstätte</p>	<p>Personenzentrierte Bedarfserhebung und Hilfeerbringung</p> <p>Verbindliche gemeinsame Fallkoordination</p> <p>Gemeinsame Steuerung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gremien</li> <li>- Konzeption</li> <li>- Vereinbarung der Kommunen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmekatalog für Bedarfsdeckung</li> <li>- Kooperationsverträge: Sektorsprachen</li> <li>- Zusammenarbeiten der Anbieter amb. Eingliederungshilfe §§ 39/40 BSHG (Betreutes Wohnen)</li> <li>- sowie der Tagesstätten und Kontaktstätten</li> <li>- gemeinsame Hilfeplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrag über freiwillige Versorgungsverpflichtung (Träger)</li> <li>- Vertragliche Zusammenarbeit der Anbieter amb. Eingliederungshilfe §§ 39/40 BSHG (Betreutes Wohnen)</li> <li>- sowie der Tagesstätten und Kontaktstätten</li> <li>- gemeinsame Hilfeplanung</li> </ul>	<p>Enge Verzahnung Klinik (Sektorstationen) mit den 5 Verbundregionen</p>
Welche Strukturen wurden aufgebaut?	<p>Psychiatrie-Beirat, Belegungskonferenz, Teamkonferenz im GPV</p>	<p>Aufnahmekonferenz, Steuerungskonferenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunalen Fachbeirat Psychiatrie</li> <li>- Arbeitskreis Psychiatrie</li> <li>- Sektor-AG's</li> </ul>	<p>Psychiatrie-AK</p> <p>Aufnahmegremium Wohnen</p> <p>Planungsklausuren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trägerkonferenz mit Leistungsgruppe</li> <li>- Sektorkonferenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zentrale Arbeitsgruppe und Budgettauschschuß</li> <li>- Verbundregion; Regionalkonferenz</li> </ul>
Rechtsform? Welche? Steuerungsinstrumente? Welche?	<p>GmbH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belegungskonferenz</li> <li>- Jahresbudget der GPV-Bausteine</li> </ul>	<p>Nein</p> <p>Nein</p>	<p>Nein</p>	<p>Nein</p> <p>Aufnahmegremium Wohnen</p> <p>Umschichtungsmodell: Steuerung durch das kommunale Sozialreferat und Psychiatrieplanung</p>	<p>Nein</p> <p>vereinbart</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Koordinator pro Sektor</li> <li>- Sektorkonferenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuelle Hilfeplanung</li> <li>- IHRP</li> <li>- Budgetbericht</li> <li>- Kosten- und Leistungsrechnung</li> </ul>

## **5. Schwierigkeiten**

### **Kaiserslautern**

- Pflichtversorgung versus Pflicht-Budget
- Fix-Budget versus personenbezogener Ansatz
- Ausbau/Erweiterung der ambulanten/teilstationären Angebote ohne entsprechende Anpassung des Fix-Budgets
- Ausweitung des betreuten Personenkreises ohne entsprechende Anpassung des Fix-Budgets
- Rechtsform GPV-Vertrag
- Forderung nach Abbau stationärer Wohnplätze bei bisher bestehenden Angeboten
  - gegen vertragliche Verpflichtungen der bisherigen Träger
  - gegen gleichzeitige Genehmigung zum Aufbau neuer stationärer Wohnplätze in neuem Angebot

### **Hannover**

- Mit dem personenzentrierten Ansatz werden von den Trägern/Angeboten Veränderungen gefordert, ohne daß die Kostenträger ihrerseits die dafür notwendigen Maßnahmen zusagen
- Offene oder latente Rivalitäten zwischen Trägern/Angeboten (Einschätzung Elgeti) im Gefolge einer immer mehr auf Marktwirtschaft getrimmten Versorgungslandschaft erschweren konstruktive Zusammenarbeit im GPV
- Schaffung von mehr Transparenz in der Planung, Durchführung und Evaluation der Hilfen (individuell, institutionell, regional) mit machbarem Zeitaufwand und Berücksichtigung berechtigter Datenschutzbelange

### **Stuttgart**

- Sektorisierung
- enge Begrenzung der enthaltenen Leistungen (leistungsrechtliche Einschränkungen)
- Trägerinteressen

### **Bielefeld**

- Umschichtung von finanziellen Ressourcen
- Sektorisierung

- Enge Begrenzung der enthaltenen Leistungen (leistungsrechtliche Einschränkungen)
- Trägerinteressen

### **Bremen**

Weiterentwicklung des Teilausgabenbudgets zu einem „Psychiatriebudget“

- Ermittlung der Größenordnungen und fachliche Abgrenzungen im Zusammenhang mit der Komplettierung des Teilausgabenbudgets
- Ergänzung um beitragsfinanzierte Anteile und eine damit verbundenen stärkeren Einbindung der Sozialversicherungsträger

## Psychosoziales Zentrum Schwalm-Eder-Nord

Ziele                    Ist-Planung

Schwerpunkte: Beratung, Vermittlung,  
Krisenintervention  
Wohnen,  
Arbeit  
Freizeit, Kultur

### Bisher erreichte Ziele:

#### 1994: Dachverband in Form einer Vereinbarung

1. Psychosoziale Arbeit Breitenau e.V., Guxhagen = Betreutes Wohnen
2. Verein d. Hilfe z. Selbsthilfe e.V., Melsungen = Psychosoziale  
Kontakt und  
Beratungsstelle
3. Arbeitskr. Gemeindenahe  
Gesundheitsversorgung Melsungen = Psychosozialer Dienst

#### 1995: Gründung des Psychosozialen Zentrums in Form einer gemeinnützigen GmbH

Gesellschafter:

1. Psychosoziale Arbeit Breitenau e.V., Guxhagen
2. Arbeitskreis gemeindenahe Gesundheitsversorgung

Beginn der Geschäfte 1.1.1996

### Schwierigkeiten

1. Finanzierung der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle entspricht nicht dem tatsächlichen Bedarf. Nach den Richtlinien soll eine PSKB mit mindestens zwei hauptamtlichen Stellen besetzt sein, s. Ist-Situation (s. Ergebnisse)
2. Daraus resultiert, daß im nördlichen Schwalm-Eder Kreis wegen der Flächengröße und der teilweise nicht vorhandenen öffentlichen Verkehrsmittel keine zusätzlichen Sprech- und Beratungszeiten angeboten werden können, was jedoch erstrebenswert ist.

3. Bei Kriseninterventionen ist eine gemeindenahere stationäre Versorgung nicht vorhanden. Das zuständige Psychiatrische Krankenhaus ist die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Emstal (Merxhausen). Diese liegt nicht in der Region Schwalm-Eder; nämlich im Landkreis Kassel.
4. Im Bereich Betreutes Wohnen gibt es verschiedene individuelle Betreuungsschlüssel, die mit dem Kostenträger vereinbart werden. Bei längeren Krankenhausaufenthalten (8 Wochen) wird der Schlüssel auf 1:12 runtergefahren, der Platz kann zwar dadurch erhalten werden, die Personalpolitik ist erschwert.  
Die Finanzierung erfolgt über Abschlagszahlungen aufgrund von Pauschalen (je nach Betreuungsschlüssel), die eigentlichen Fixkosten werden im Verwendungsnachweis nachgewiesen. Wenn eine Unterdeckung vorliegt (was immer der Fall ist) werden sie sehr spät geprüft und erstattet.
5. Bei der Tagesstätte verfügen wir zwar über einen akzeptablen Pflegesatz, allerdings ist ein Risiko insofern vorhanden, da Besucherinnen nicht regelmäßig kommen, die Fehltag sowie nur eine begrenzte Anzahl von Krankheitstagen können abgerechnet werden. Durch die mangelnde Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel besteht zwar ein Fahrdienst seitens der Tagesstätte, der jedoch nur begrenzt aufgrund der Personalausstattung durchgeführt werden kann, weil dies sonst Auswirkungen auf die Öffnungszeiten haben kann.
6. Durch die Größe der Fläche des nördlichen Schwalm-Eder-Kreises wäre eine Erweiterung der Tagesstätte in den Raum Fritzlar notwendig.
7. Die Finanzierung der Geschäftsführung und der Verwaltung für ein Psychosoziales Zentrum ist nicht adäquat gelöst.
8. Im nördlichen Schwalm-Eder-Kreis existieren nicht genügend Wohnheimplätze für die Menschen, für die die Rahmenbedingungen des Betreuten Wohnen nicht ausreichen.
9. Im Raum Melsungen fehlen Arbeitsplätze (Werkstatt). Hier gibt es Schwierigkeiten, daß der jetzige Träger Arbeitsplätze an das Psychosoziale Zentrum abgibt.
10. Die Abgrenzung bzw. der Übergang von der Jugendhilfe ist nicht geklärt. Hier fehlt eine Planung, die eine Veränderung der Platzzahl bzw. die Zuständigkeit klärt.

## **Ergebnisse**

Mitarbeiterstruktur:	
Betreutes Wohnen	7 MitarbeiterInnen (auch Teilzeit)
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle:	3 MitarbeiterInnen (67, 25 Std.)
Tagesstätte	3 MitarbeiterInnen (69 Std.)
Vernetzung: (innerhalb des PSZ)	MitarbeiterInnen arbeiten im Bereich Betreutes Wohnen anteilig
Arbeitsstruktur:	<ul style="list-style-type: none"><li>■ wöchentliche Teamsitzungen (jeder Bereich für sich)</li><li>■ monatl. Gesamt-PSZ Teamsitzungen</li><li>■ Forum für inhaltliche Fragen der einzelnen Teams</li><li>■ Forum für inhaltliche Fragen des Gesamtteams d. PSZ evtl. vierteljährlich</li></ul>
Qualitätszirkel (neu)	
Betreutes Wohnen	45 Plätze
	Betreuungsschlüssel: 1:12,1:8,1:6,1:3,5
Kostenträger:	Landeswohlfahrtsverband Hessen Kreis Schwalm-Eder
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle:	Ort: Melsungen Sprechstunden: Fritzlar
Kostenträger:	Land Hessen Landeswohlfahrtsverband Hessen Kreis Schwalm-Eder
Tagesstätte	Eigenmittel, Spenden nicht kostendeckend 10 Plätze (14 Anwendungen) max. Pflage tage im Jahr: 2.500 Pflagesatz
Erweiterung 1999 auf	18 Plätze

# **Der Sozialpsychiatrische Verbund im Großraum Hannover**

**Hermann Elgeti**

## **1. Strukturen**

### **Die gesetzlichen Vorgaben in Niedersachsen**

In Deutschland sind die Bundesländer für das Gesundheitswesen zuständig und damit auch für gesetzliche Vorgaben zur Versorgung psychisch Kranker. Für Niedersachsen gibt es seit 1978 ein Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Seine Novellierung war seit 1992 geplant und konnte zum 01.07.1997 in Kraft treten. Es beinhaltet neben Verbesserungen bei Rechten psychisch Kranker im Datenschutz und bei Schutzmaßnahmen gegen ihren Willen jetzt auch klar formulierte Ziele der anzubietenden Hilfen. Sie lassen sich in Anlehnung an § 6 NPsychKG in folgenden Punkten zusammenfassen:

- rechtzeitige Erkennung und ärztliche Behandlung der Krankheit;
- Förderung der Selbständigkeit und sozialen Integration der Kranken;
- Unterstützung ihrer nahestehenden Personen;
- Verbleib im gewohnten Lebensbereich durch Nutzung außerklinischer Hilfsangebote.

Die Aufgaben der Kommunen zur Gewährleistung der Hilfen für psychisch Kranke gemäß NPsychKG beziehen sich auf die Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste unter fachärztlicher Leitung, die Gründung sozialpsychiatrischer Verbände und die Erstellung sozialpsychiatrischer Pläne. Im sozialpsychiatrischen Verbund sollen alle Anbieter von Hilfen für psychisch Kranke zusammenarbeiten. Der sozialpsychiatrische Dienst hat im einzelnen folgende Aufgaben: Angebot und Vermittlung von Hilfen durch Sprechstunden und durch Hausbesuche, wenn psychisch Kranke sich nicht selbst um Hilfe bemühen können; Übernahme der Behandlung, wenn diese durch andere Hilfeanbieter nicht gewährleistet werden kann; Zusammenarbeit mit den anderen Anbietern von Hilfen für psychisch Kranke; Geschäftsführung des sozialpsychiatrischen Verbundes; Erstellung eines sozialpsychiatrischen Plans über den Bedarf und das vorhandene Angebot an Hilfen.

### **Die psychiatrische Versorgung in der Region**

Die Region Hannover umfaßt 1,1 Millionen Einwohner, die sich etwa je zur Hälfte auf die Stadt und die 20 Landkreisgemeinden aufteilen. Die psychiatrische Versorgung ist seit 1977 in neun Sektoren (sechs in der Stadt, drei im Landkreis) gegliedert. Für jeden Sektor gibt es eine ärztlich geleitete, dezentrale Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die entsprechend den Zielen des NPsychKG tätig ist. Diese Aufgabe wird in zwei Sektoren der Stadt von einer Poliklinik der beiden psychiatrischen Abteilungen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übernommen. Die stationäre Behandlungsverpflichtung in der Region ist auf vier Kliniken verteilt, unter Einschluß der Psychiatrischen Klinik der MHH. Zahlreiche niedergelassene Fachärztinnen und Psychotherapeutinnen, rehabilitative und sonstige Dienste bieten Hilfen für psychisch Kranke an.

Seit 25 Jahren existiert ein monatlich tagender Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG). Hier pflegen Vertreterinnen von Initiativen und Einrichtungen im Großraum Hannover einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch und bemühen sich um eine Koordination ihrer Aktivitäten. Seit vielen Jahren sind im AKG auch die Selbsthilfeorganisationen der Patientinnen und ihrer Angehörigen integriert. Es gelang diesem Gremium in einigen wichtigen Fragen jedoch nicht, ohne verbindlichen politischen Auftrag eine sachgerechte Lösung herbeizuführen. Das betraf z.B. die bedarfsgerechte Planung komplementärer Versorgungsangebote und die Einführung eines mobilen psychiatrischen Krisendienstes außerhalb normaler Dienstzeiten. Angesichts der neuen gesetzlichen Vorgaben ergab sich nun die Gelegenheit zu einer Reorganisation. Es ging darum, einerseits bewährte Strukturen und Modalitäten der bisherigen Zusammenarbeit in das neue Konzept zu integrieren, andererseits bei der Koordination und Planung der Hilfen für psychisch Kranke eine größere Wirksamkeit zu entfalten.

### **Die Bausteine des Sozialpsychiatrischen Verbundes**

Im Auftrag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie entwickelte eine kleine Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Leiterinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste beider Kommunen eine Vereinbarung zwischen den beiden Kommunen mit einem Konzept für einen gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbund (SPV) als Anlage. Die Vereinbarung wurde nach Abstimmung in gemeindepsychiatrischen Gremien und kommunalen

Ämtern von den zuständigen Fachdezernenten unterschrieben und trat zum 01.07.98 in Kraft. Die Vereinbarung gilt zunächst bis zum Jahre 2001, da Stadt und Landkreis Hannover sich zu diesem Zeitpunkt zu einer Region zusammenschließen wollen, die dann kommunale Aufgaben auch im Bereich des Gesundheitswesens übernehmen soll.

In der Konzeption werden zunächst die vier Zielperspektiven des SPV beschrieben. Dies sind:

- Konzentration der Arbeit auf Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen;
- partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den psychisch Kranken, ihren Angehörigen, den professionellen und ehrenamtlichen Helferinnen;
- möglichst wohnortnahe und integrierte Hilfeleistung im Rahmen sektorisierter Versorgungsstrukturen;
- Gewährleistung verbindlicher, bei Bedarf auch langfristiger kontinuierlicher und qualifizierter Hilfe für chronisch psychisch Kranke, wo dies sinnvoll ist, mit fallbezogener Koordination und Hilfeplanung durch eine ambulant tätige Bezugstherapeutin, ggf. mit Unterstützung durch ein multidisziplinäres Team.

Drei Gremien sollen die Umsetzung dieser Zielperspektiven fördern. Der bereits bestehende Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie erhielt den Status einer Delegiertenversammlung des SPV mit einer Differenzierung in Mitglieder mit und ohne Stimmrecht sowie Gäste. Stimmberichtigte Mitglieder sind dafür beauftragte, möglichst leitende Mitarbeiterinnen derjenigen Einrichtungen, die sich aktiv und verbindlich an der Arbeit im SPV und seinen Gremien beteiligen. Die Liste reicht von Vertreterinnen der niedergelassenen Allgemein- und Nervenärztinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste und psychiatrischen Kliniken über Anbieterinnen von ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen im komplementären Bereich bis zu Trägern, die Betreuungen nach dem Betreuungsgesetz durchführen. Auch Vertreterinnen von Selbsthilfeinitiativen erhalten Stimmrecht. Alle anderen Anbieterinnen von Hilfen für psychisch Kranke in Stadt und Landkreis Hannover sind ebenfalls – allerdings ohne Stimmrecht – zur Teilnahme eingeladen. Gaststatus haben Vertreterinnen der verschiedenen im Bereich der Gemeindepsychiatrie wirkenden Kostenträger, Behörden und der Kommunalpolitik. Zu verschiedenen Themenbereichen bildet der

AKG Fachgruppen, deren Sprecherinnen dann auch Stimmrecht in der Delegiertenversammlung haben. Zur Zeit umfaßt der Verteiler des AKG etwa 60 stimmberechtigte Mitglieder sowie halb so viele Mitglieder und Gäste ohne Stimmberechtigung.

Für jeden der insgesamt neun Sektoren wird eine Sektor-Arbeitsgemeinschaft (Sektor-AG) eingerichtet, die zum einen die psychiatrischen Dienste, zum anderen auch die allgemeinen Sozial- und Pflegedienste zum Zwecke einer Vernetzung ihrer Hilfen für psychisch Kranke zusammenführen sollen. Neben der Einzelfall-bezogenen Koordination der Hilfen verschiedener Anbieterinnen geht es hier auch um die Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf sowie um die Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes im Sektor. Die dezentralen Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben die Geschäftsführung für ihre Sektor-AG inne und bringen deren Meinungsbildung im AKG ein.

Der Kommunale Fachbeirat (KFB) Psychiatrie berät den Fachdezernenten der Stadt Hannover in allen die gemeindepsychiatrische Versorgung betreffenden Fragen (der Fachdezernent des Landkreises nutzt dafür bisher nur die Leitung seines Sozialpsychiatrischen Dienstes). Von den sieben, jeweils auf drei Jahre vom Fachdezernenten berufenen Mitgliedern werden vier vom AKG für diese Funktion delegiert, wobei jeweils eine Vertreterin der Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker darunter sein sollen.

Die Konzeption sieht zur organisatorischen und konzeptionellen Unterstützung der Gremien eine Geschäftsstelle vor, die von den beiden Psychiatriekoordinatoren der Stadt und des Landkreises Hannover gemeinsam geleitet wird. Hier werden die in einheitlicher Form zu erstellenden statistischen Jahresberichte der am SPV aktiv beteiligten Einrichtungen gesammelt und unter regionalen Gesichtspunkten ausgewertet. Für die Abgabe der Jahresberichte, die Auswertung der Daten, die Diskussion in den Gremien und die Abfassung des Sozialpsychiatrischen Plans für die beiden Kommunen, ist in der Konzeption ein fester Zeitplan vorgegeben.

## **2. Konfliktlinien**

### **Die Nöte der Kommunen**

Das NPsychKG hat in seinen gesetzlichen Vorgaben anspruchsvolle Ziele formuliert und die Kommunen beauftragt, dafür Sorge zu tragen,

daß psychisch Kranken die notwendigen Hilfen auch angeboten werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi), der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) und der Sozialpsychiatrische Plan (SPP) werden als zentrale Instrumente zur Erfüllung der Vorgaben im Gesetz benannt. Den beiden Kommunen Stadt und Landkreis Hannover ist es gelungen, praktisch alle wichtigen Anbieter von Hilfen für die Teilnahme am SPV zu gewinnen. Die Vereinbarung zwischen den Kommunen mit der Konzeption des gemeinsamen Verbundes bietet ein stabiles Gerüst für die Zusammenarbeit, ohne allerdings vorgezeichnete Konfliktlinien ausradieren zu können. Einige dieser Linien sind vielmehr erst jetzt deutlich erkennbar geworden und können so vielleicht auch die Suche nach Lösungsmöglichkeiten stimulieren.

Zunächst ist der Rollenkonflikt der Kommune selbst zu nennen. Sie ist einerseits Anbieter von Hilfen und darüber hinaus in bestimmten Fällen auch Kostenträger, andererseits hat sie zuerst und zuletzt die Verfügbarkeit aller notwendigen Hilfen für psychisch Kranke zu gewährleisten. Es ist nachvollziehbar, daß eine in Finanznöten steckende Kommune sich scheut, das ambulante Angebot auszubauen, auch wenn die Notwendigkeit dazu nicht ernstlich bestritten werden kann. Die kommunale Hierarchie verbietet es dann dem SpDi – in seiner Rolle als Geschäftsführung des SPV – den eigenen Arbeitgeber öffentlich an seine Verpflichtungen zu erinnern. Dazu würde z.B. gehören, die Sektoren zu verkleinern und pro Sektor je einen wirklich funktionsfähigen SpDi, eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB) und eine ausreichende Anzahl ambulant betreuter Wohnplätze zu finanzieren. Anhaltzahlen für den Bedarf liegen seit langem vor. In solch einer Konfliktlage formuliert der Psychiatriekoordinator als kommunaler Beamter das Sitzungsprotokoll des SPV lieber so, daß sein Chef nicht ärgerlich wird.

Offensichtlich ist die relative Ohnmacht der Kommune gegenüber den anderen Kostenträgern, die für medizinische Behandlung, medizinisch-berufliche Rehabilitation und stationäre bzw. teilstationäre Eingliederungshilfe zuständig ist. Die Kommune soll die notwendigen Hilfen gewährleisten, ohne die nicht selbst finanzierten Angebote steuern zu können. In der Vereinbarung zwischen Stadt und Landkreis Hannover ist mit gutem Grund festgelegt worden, daß Verhandlungen mit den verschiedenen Kostenträgern nicht Sache des SPV sind, sondern Sache der Kommunen. Die Wirklichkeit sieht allerdings

nach wie vor so aus, daß die einzelnen Anbieter von Hilfen direkt mit den Kostenträgern verhandeln und Verträge abschließen, ohne daß die Frage nach dem regionalen Bedarf gestellt wird. Auf diese Weise entstehen z.B. weiterhin neue Wohn- und Pflegeheimplätze, anstatt flexibel nutzbare ambulante Hilfsangebote auszubauen.

### **Die Konkurrenz unter den Leistungserbringern**

Eine weitere Konfliktlinie betrifft die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Anbietern von Hilfen. Die Einrichtungsträger sollen im SPV zusammenarbeiten und ihre Angebote gegenseitig abstimmen, während sie ständig in der Angst leben, durch Expansion der jeweils anderen ausgebootet zu werden. Diese Angst ist nicht unbegründet, gilt allerdings unter den Bedingungen unseres Wirtschaftssystems als entscheidender Stimulus für einen Wettbewerb, in dem die aktuelle Nachfrage durch ein Angebot mit optimalem Preis-Leistungs-Verhältnis befriedigt werden soll.

Es ist bekannt, daß die Übertragung marktwirtschaftlicher Prinzipien auf Dienstleistungen der sozialen Sicherung im allgemeinen und psychiatrische Hilfen im besonderen problematisch ist. So wird in Berlin fleißig enthospitalisiert, nicht ohne Langzeitpatienten vor den Toren Hannovers in Heimpflege zu geben. Die Berliner Psychiatrie hat plötzlich nicht mehr soviel langfristig hospitalisierte psychisch Kranke. Für das Berliner Sozialamt ist das auswärtige Angebot vielleicht billiger als eine entsprechende Betreuung vor Ort, und für das hannoversche Umland ist das Wirtschaftsförderung. Das Prinzip gemeindenaher Versorgung hat das Nachsehen.

Besonders brisant wird der Konkurrenzkonflikt bei der personenzentrierten Hilfeplanung in einer Sektor-Arbeitsgemeinschaft verschiedener Einrichtungsträger, in der über das im Einzelfall notwendige, wirksame und wirtschaftliche Hilfsangebot beraten werden soll. Für die therapeutische Mitarbeiterin einer Institution bedeutet dies unter Umständen, daß ihre Zustimmung für Hilfsmaßnahmen einer anderen Institution sie in letzter Konsequenz den Arbeitsplatz kosten kann. Da wirbt man doch lieber abseits jeglicher Personenzentrierung der Hilfen für die jeweils eigenen Hilfsangebote bei potentiellen Nutzerinnen und ihren Angehörigen, bei Klinikpersonal und gesetzlichen Betreuerinnen.

### 3. Entwicklungsperspektiven

#### Integration ambulanter Hilfen im Sektor

Menschen mit besonders schwer und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen bilden die hauptsächliche Zielgruppe der Bemühungen im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sie finden oft nicht die für sie geeigneten Hilfen, insbesondere dann, wenn ihnen die soziale Unterstützung innerhalb eines Angehörigen- und Freundeskreises, im Wohn- und Arbeitsbereich verlorengegangen ist. So haben sie auch ein höheres Risiko, für lange Zeit in Kliniken und Heimen hospitalisiert zu werden oder ganz ohne Hilfen zu bleiben.

Für diese Menschen hat die Expertenkommission der Bundesregierung 1988 einen mobilen ambulanten Dienst gefordert, der für die Versorgung in einem Sektor von 50.000 bis 150.000 Einwohnern zuständig ist und auch aufsuchend bzw. nachgehend tätig werden kann. Hierbei sollten Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz, eines Sozialpsychiatrischen Dienstes und einer Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle die Kernbausteine eines Verbundsystems auf Sektorebene bilden. Alle drei Angebote stellen ambulante Hilfen für die gerade beschriebenen psychiatrischen Hochrisikogruppen bereit, die zur besseren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit möglichst „aus einer Hand“ erfolgen sollten. Das Nebeneinander und Gegeneinander verschiedener Dienste bei dieser sehr schwierigen Arbeit kostet nicht nur viel Zeit und Kraft, sondern läßt oft genug auch gerade diejenigen Betroffenen ohne Hilfe, die sie am dringendsten nötig hätten.

Die Widerstände gegen eine solche Lösung liegen vor allem in den Partikularinteressen der Einrichtungsträger. Es ist verständlich, daß sie im härter werdenden Konkurrenzkampf lieber den eigenen Vorteil suchen, als sich mit ihren Ängsten auseinanderzusetzen, vom unvermeidlichen Kooperationspartner „über den Tisch gezogen“ zu werden. Sie begründen ihre Ablehnung dann mal mit angeblichen Unvereinbarkeiten in Formulierungen des Sozialgesetzbuches (§ 118 SGB V), mal mit der Monopolstellung, die ein solch integriert arbeitender Dienst bekäme und die das Wahlrecht des Betroffenen einschränke. Sie lassen sich auch nicht davon beirren, daß dieses Modell seit über 25 Jahren im Einzugsgebiet der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH erfolgreich praktiziert wird. Es hat bei den betroffenen Patientinnen und ihren Angehörigen, bei niedergelassenen Haus- und Nervenärztinnen große Akzeptanz gefunden und wurde inzwischen auch in Bremen eingeführt.

Die Forderungen des NPsychKG an das Leistungsangebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes machen seine Integration mit Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz eigentlich unausweichlich, wenn hier nicht unnütze und zudem kostenintensive Parallelstrukturen aufgebaut werden sollen. Die Integration kann auf zwei Wegen geschehen: Entweder überträgt die Kommune die Aufgaben eines SpDi gemäß § 10 Abs. 3 NPsychKG an die Institutsambulanz des Krankenhauses, die dafür eine Außenstelle im betreffenden Einzugsgebiet einrichtet. Oder das Krankenhaus seinerseits delegiert Mitarbeiterinnen in das Team des SpDi und ermöglicht der Kommune damit die Erfüllung des § 11 NPsychKG. Dort ist bestimmt, daß die fachärztliche Behandlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen werden soll, wenn und solange dies nicht durch eine niedergelassene Fachärztin erfolgen kann. Die Kommune hat dabei darauf hinzuwirken, daß die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt.

Mit einer Integration von SpDi und Institutsambulanz wäre es auch leichter, einer weiteren Forderung des NPsychKG nachzukommen. In § 6 Abs. 4 NPsychKG wird der SpDi darauf festgelegt, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und den weiterbehandelnden Ärztinnen sicherzustellen, daß eine weiterhin erforderliche ambulante Betreuung der stationär behandelten Patientinnen rechtzeitig eingeleitet wird. Das heißt nichts anderes, als daß der SpDi sich schon während eines Klinikaufenthaltes beteiligen muß an der personenzentrierten Planung von Hilfen für den Zeitraum danach. In den Psychiatrischen Abteilungen der MHH wird diese Aufgabe seit jeher so gelöst, daß Sozialarbeiterinnen der Poliklinik mit einem Teil ihrer Arbeitszeit bestimmten Stationen zugeordnet sind, auf denen sie die Aufgaben des Sozialdienstes wahrnehmen. Die zugehörigen Zeitbudgets werden konsequenterweise dem stationären Pflegesatz zugerechnet.

Neben dem ambulant-stationären Verbund an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bieten integrative Versorgungsmodelle auch auf dem Feld komplementärer Hilfen im Einzugsgebiet zukunftsweisende Perspektiven. Man unterscheidet dabei sinnvollerweise zwischen Angeboten mit Sektor-übergreifendem Einzugsgebiet (z.B. therapeutische Übergangswohnheime und Einrichtungen zur Arbeitsrehabilitation) und solchen Hilfen, die in jedem Sektor vorgehalten werden müssen. Das Land Niedersachsen als über-

örtlicher Sozialhilfeträger fordert bereits, an die nach § 39 BSHG geförderten Tagesstätten für psychisch Kranke Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) anzugliedern, die von den Kommunen zu finanzieren sind. Aus fachlichen Gründen gehört zum Leistungsspektrum dieses dezentralen Hilfeangebotes auch ambulante Wohnbetreuung.

Wenn im Einzugsgebiet ein therapeutisches Wohnheim oder ein psychiatrisches Pflegeheim liegt, könnten auch diese Angebote in das Verbundsystem einbezogen werden. Je nach individuellem Bedarf wäre es so möglich, die Hilfen bei Selbstversorgung und Wohnen, Kontaktförderung und Tagesstrukturierung zu intensivieren oder zurückzunehmen, ohne daß die bei den Risikopersonen oft so wichtige Kontinuität in der Person der Bezugstherapeutin verloren ginge. Gerade wenn eine ambulante oder stationäre Wohnbetreuung nicht mehr erforderlich ist, könnte die vertraute Bezugsperson die Betroffene weiterhin begleiten mit weniger aufwendigen Hilfen, welche gleichzeitig mehr Selbständigkeit und eine erweiterte Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglichen.

### **Bedarfsplanung und Qualitätskontrolle**

Das NPsychKG verpflichtet den SpDi, einen Sozialpsychiatrischen Plan zu erstellen über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Das kann nur gelingen, wenn die Anbieter von Hilfen regelmäßig entsprechende Daten erheben und sie dem SpDi zwecks statistischer Auswertung zur Verfügung stellen. Es bietet sich an, im Sozialpsychiatrischen Verbund einen einheitlichen Datensatz für statistische Jahresberichte der Einrichtungsträger zu vereinbaren. In einem ersten Schritt sollten zunächst die Einrichtungsträger in der Region ihre Angebote bekanntmachen und sie dabei nach ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen differenzieren. Zusätzliche Informationen betreffen den jeweiligen Kostenträger, die Platzzahl und das Einzugsgebiet, an dessen hilfebedürftige Bewohnerinnen sich das Angebot vorrangig richtet. Parallel wäre es wichtig, die Anzahl derjenigen seelisch behinderten Menschen zu erfahren, die auf Kosten des örtlichen Sozialhilfeträgers außerhalb der am SPV beteiligten Kommunen stationär untergebracht sind.

Im zweiten Schritt wären in einer Fachgruppe des SPV einvernehmlich die unumgänglichen fallbezogenen Merkmale festzulegen,

die das einzelne Hilfeangebot, seinen Nutzerinnenkreis und die in diesem Zusammenhang im Kalenderjahr erbrachten Leistungen beschreiben können. Dabei ist schon der dritte Schritt mit zu berücksichtigen, der sich der standardisierten Dokumentation der personenbezogenen Hilfeplanung bei den verschiedenen Einrichtungsträgern zu widmen hätte. Es muß unbedingt vermieden werden, daß Zeit für den direkten Kontakt mit der Klientin verloren geht, weil die Therapeutin überflüssige Daten erheben muß. Auf der anderen Seite braucht man natürlich bestimmte Daten, um die geleistete Hilfe im Einzelfall mit dem vorher erstellten Plan zu vergleichen, um eine Qualitätskontrolle der Hilfsangebote eines Einrichtungsträgers zu ermöglichen und auch, um den regionalen Bedarf an Hilfen mit dem vorhandenen Angebot zu vergleichen.

In Zusammenarbeit mit Datenschutz-Expertinnen wäre ein EDV-Programm zu entwickeln, das standardisierte Auswertungsmöglichkeiten auf den verschiedenen Versorgungsebenen bietet. Bei der Auswahl der zu erhebenden Merkmale ist entscheidend, ob sie einen Zusammenhang herstellen kann zwischen Einbußen in der Lebensqualität der Betroffenen auf der einen Seite und dem Hilfebedarf auf der anderen. Entgegen bisheriger Gewohnheiten muß man dabei darauf achten, daß man den Umfang des Hilfebedarfs im Einzelfall nicht nach Maßgabe des institutionell oder regional verfügbaren Angebots definiert. Vielmehr sind diejenigen Beeinträchtigungen der Hilfsbedürftigen in den Mittelpunkt zu stellen, denen anderweitig nicht wirksam begegnet werden kann. Das bedeutet, daß der Bedarf unabhängig davon dokumentiert wird, ob die erforderlichen Hilfen unter den gegebenen Bedingungen auch geleistet werden können.

Es gibt auf vielen Seiten starke Bedenken gegen die hier skizzierten Vorschläge zur datengestützten Bedarfsplanung und Qualitätskontrolle der Hilfen für psychisch Kranke im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sie beziehen sich auf den Zeit- und Kostenaufwand bei der Erhebung der Daten, auch auf Zweifel an ihrer Aussagekraft und ihrer korrekten Interpretation durch Kostenträger und Kommune. Darüberhinaus hegen nicht wenige grundsätzliche Befürchtungen, daß eine Verdattung und Durchrationalisierung der Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen ihren humanen Kern zerstören könnte. Solche Bedenken müssen ernst genommen werden. Sie machen deutlich, daß die für Bedarfsplanung und Qualitätskontrolle erforderlichen Daten nur eine empirische Grund-

lage für partnerschaftliche Diskussion und Entscheidungsfindung unter den Beteiligten sein kann. So steht auch im NPsychKG, daß der Sozialpsychiatrische Plan im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund zu erstellen ist. Die demokratische Verfaßtheit des Verbundes unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist das stärkste Mittel, um den mit der Datensammlung verbundenen Gefahren zu begegnen.

### Einbeziehung der Kostenträger

Der Sozialpsychiatrische Verbund wird daran gemessen, inwieweit er seine gesetzlichen Aufgaben auch erfüllt. Seine Existenzberechtigung liegt in der Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen, damit die in der Kommune lebenden psychisch kranken Menschen soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben können. Alle Zusammenarbeit, alle Datensammlung zur Bedarfsplanung und Qualitätskontrolle kann nur dann wirksam sein, wenn es der Kommune auch gelingt, die Kostenträger für die Umsetzung des Sozialpsychiatrischen Plans zu gewinnen. Sind bestimmte Hilfen nach bisherigen Erkenntnissen notwendig, wirksam und wirtschaftlich, müssen sie auch in regional ausreichendem Umfang eingerichtet und leistungsgerecht finanziert werden. Eine solche gemeinsam getragene Verantwortung für die psychisch Kranken gibt es bisher in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung nicht.

Zu diesem Problemkreis gibt es im NPsychKG keine vorgezeichneten Lösungswege. In der Vereinbarung zwischen der Stadt und dem Landkreis Hannover heißt es, daß den Vertragspartnern die Prüfung und gegebenenfalls Umsetzung der Empfehlungen des gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbundes obliegt, einschließlich der Verhandlungen mit den verschiedenen Kostenträgern. Diese verhandeln bekanntlich direkt mit den Einrichtungsträgern der Hilfsangebote, könnten sich allerdings bereit erklären, die Stellungnahme der Kommune bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Bisher erfährt der SPV oft gar nicht von solchen Verhandlungen, obwohl die Einrichtungsträger ihn nach § 8 Abs. 3 NPsychKG eigentlich unverzüglich unterrichten müssen, wenn sie wesentliche Änderungen ihres Hilfeangebotes planen.

Hier müssen wohl Sozialministerin und kommunale Fachdezernentinnen aktiv werden, um Rahmenvereinbarungen mit den Kosten-

trägern zu schließen, die den Intentionen des NPpsychKG gerecht werden. Die Schwierigkeiten erledigen sich dabei nicht mit der überfälligen Zusammenlegung von örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger bei den Eingliederungshilfen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Die Vertragsgestaltung der vorrangigen Kostenträger bei medizinischer Behandlung, medizinischer und beruflicher Rehabilitation haben ebenfalls unmittelbare Auswirkungen auf die Möglichkeit, den besonders Bedürftigen auch die geeigneten Hilfen zur Verfügung zu stellen. Wenn die verschiedenen Kostenträger mit den im SPV erarbeiteten Formen der Bedarfsplanung und Qualitätskontrolle einverstanden wären, würde umgekehrt auch die Bereitschaft der Einrichtungsträger steigen, sich auf diese Formen einzulassen.

# **Gemeindepsychiatrischer Verbund Stuttgart (Versorgungsgebiet ca. 560.000 EW)**

**Rosel Tietze**

## **1. Die Ziele des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Stuttgart**

### **1.1 Inhaltliche Reichweite**

- Entwickelt und in den jeweiligen städtischen Gremien abgestimmt wurden die „Leitlinien zum Gemeindepsychiatrischen Verbund“ 1994
- Durchgeführt wurde eine Bedarfserhebung / Psychiatrieplan im Jahre 1997
- Versorgungsziel ist die Bedarfsdeckung mit dem Vorrang ambulant vor stationär
- Seit 1998 Versuch der Umschichtung finanzieller Ressourcen von stationär auf ambulant für 3 Funktionen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes
  - a) Häusliche Pflege
  - b) Notfall- und Krisenversorgung
  - c) Casemanagement
- Verbindliche Fallkoordination erfolgt z.B. durch Aufnahmegremien im Bereich Wohnen in 3 Regionen sowie durch Kooperation der Sozialpsychiatrischen Dienste mit den psychiatrischen Kliniken
- Gemeinsame Steuerung erfolgt durch den Psychiatriearbeitskreis, die Gremienstrukturen und jährliche Planungsklausuren

### **1.2 Institutionelle Reichweite des GPV**

- Arbeitsfeld: Erwachsenenpsychiatrie unter Berücksichtigung der Schnittstellen
- Zielgruppe: chronisch psychisch kranke Menschen
- Die Bausteine des GPV umfassen alle ambulanten, stationären und teilstationären Angebote in den Funktionsbereichen Behandlung und Beratung, Wohnen, Arbeit und Tagesstrukturierung
- Verbundpartner sind Träger, Stadt, andere Kostenträger wie LWV und Krankenkassen sowie Nutzerorganisationen

## **2. Ergebnisse**

- Bedarfserhebung / Psychiatrieplan mit Maßnahmenkatalog
- Stuttgarter Psychiatriehearing 1997
- Strukturen:
  - Gremienstrukturen
  - Kooperationsverträge zwischen
    1. Trägern der SpDi's und der Stadt,
    2. SpDi's und Kliniken,
    3. Sektorabsprachen zwischen den Kliniken
- Steuerungsinstrumente:
  - Psychiatriearbeitskreis
  - Aufnahmegremien Wohnen
    - die Steuerung der Umschichtung von stationären auf ambulante Ressourcen erfolgt durch Sozialreferat und Psychiatrieplanung

## **3. Schwierigkeiten bei der Weiterentwicklung des GPV**

- Umschichtung von finanziellen Ressourcen
- Sektorisierung
- Enge Begrenzung der enthaltenen Leistungen (Leistungsrechtliche Einschränkungen)
- Trägerinteressen

### **Material**

Leitlinien zum Gemeindepsychiatrischen Verbund, 1994  
Bestandserhebung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund, 1997  
Dokumentation zum Stuttgarter Psychiatrie-Hearing, 1997

# **Gemeindepsychiatrischer Verbund Bielefeld**

**Mechthild Böker-Scharnhölz, Andreas Maywald**

Die Stadt Bielefeld  
323.086 Einwohner

316 stationäre psychiatrische Betten  
92 Tagesklinikplätze  
davon:  
60 Plätze Allgemeine Psychiatrie sektoriisiert  
16 Plätze Gerontopsychiatrie  
16 Plätze Sucht

506 Heimplätze Psychiatrie und Sucht (seit 13 Jahren keine überregionalen Aufnahmen mehr)  
ca. 300 Plätze Betreutes Wohnen  
2 Tagesstätten  
mehrere Kontaktstellen für Psychiatrie und Sucht  
1 Zuverdienstfirma  
viele WfB – Plätze

## **Gemeindepsychiatrischer Verbund Bielefeld**

Welche Ziele wurden bereits realisiert?

Bei den Trägern:

- Vertragliche Zusammenarbeit (fast) aller Anbieter ambulanter Eingliederungshilfe §§ 39/40 BSHG (Betreutes Wohnen) sowie der Tagesstätten und Kontaktstellen
- Übernahme der freiwilligen Versorgungsverpflichtung
- Gemeinsame Hilfeplanung

Bei der kommunalen Psychiatrieplanung:

- Beschluß des Psychiatriebeirates und des zuständigen Ausschusses, daß ein GPV zu gründen ist

Welche Struktur wurde aufgebaut?

- Der GPV soll die Versorgung der chronisch psychisch kranken und der suchtkranken Bürger der Stadt Bielefeld sicherstellen. Die Gerontopsychiatrie soll im Rahmen der Einrichtungen der Altenhilfe berücksichtigt werden.

## **A Gemeindepsychiatrischer Verbund Bielefeld**

---

- Es gibt einen stadtweiten Konsens über die Sektoraufteilung  
jeder Sektor hat ca. 100.000 Einwohner  
Viele Einrichtungen arbeiten sektorbezogen
- Die Träger haben sich auf die Aufteilung der Geschäftsfelder geeinigt
- Noch im Jahr 1998 wird ein Vertrag der Träger untereinander abgeschlossen
- Vertragsverhandlungen mit der Stadt werden noch für 1998 angestrebt

Welche Rechtsform wurde entwickelt?

- Ein Vertrag der Träger

Welche Steuerungsinstrumente wurden entwickelt?

Vereinbart, aber noch nicht erprobt sind:

- Ein Koordinator pro Sektor  
finanziert innerhalb des Kostensatzes der Angebote,  
freigestellt für 30 – 50%
- Eine Sektorkonferenz die die Zusammenarbeit der Träger und die Befriedigung des angemessenen psychiatrischen Hilfebedarfs koordiniert
- Trägerübergreifende Fallverantwortung

Welche Probleme stehen im Vordergrund?

Strukturell:

Wie können neben der Eingliederungshilfe BSHG auch die anderen Leistungsträger (KK, Rentenversicherung und Pflegeversicherung) am GPV beteiligt werden, damit am Ende ein Komplexleistungsprogramm aus einer Hand vorgehalten werden kann?

Bei den Trägern:

- Angst vor der Schwächung der Trägeridentität
- Ökonomische Probleme bei der Begrenzung auf umschriebene Geschäftsfelder und Sektoren, Probleme bei der Refinanzierung der Leitungsstellen

Bei der kommunalen Psychiatrieplanung:

- Einzelne kritisieren den Verbund als Anbieter - Kartell
- Schnittstelle zum Helfefeld Wohnungslose noch unklar
- Einbeziehung des psychosozialen Dienstes am Gesundheitsamt noch unklar

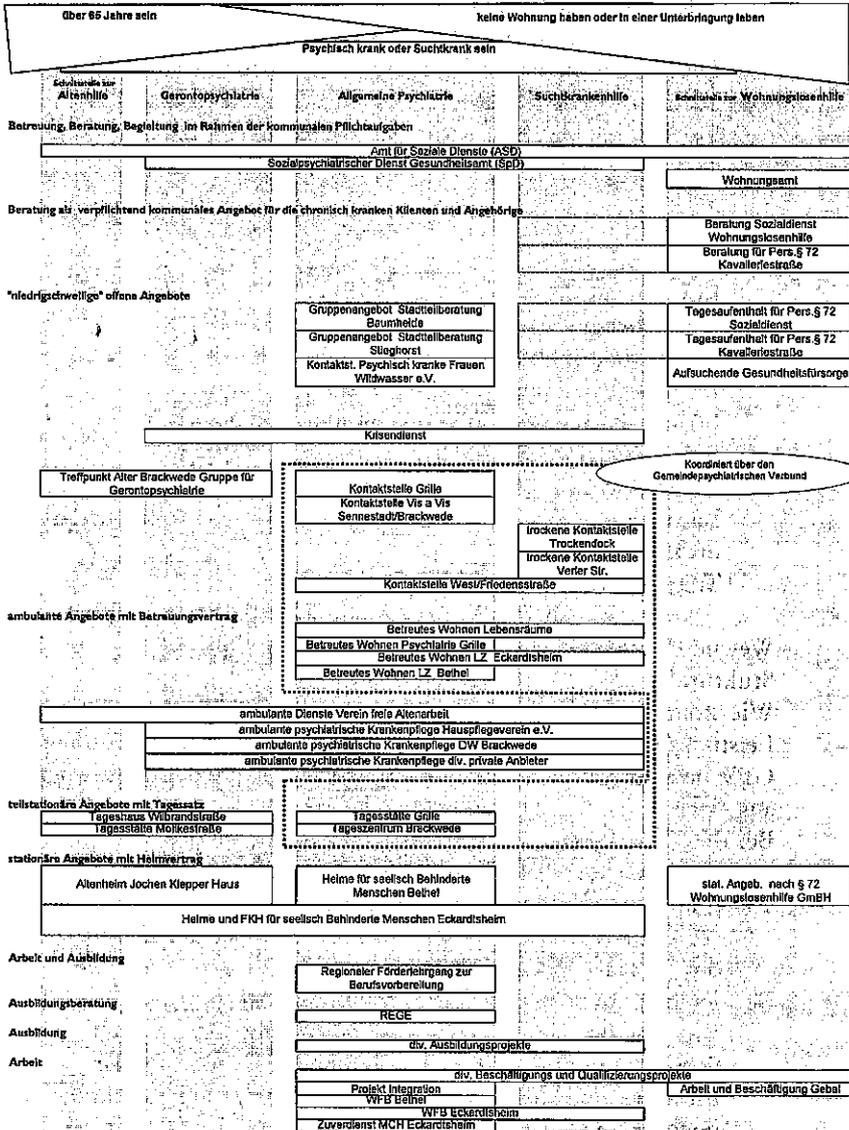
Stadt als Kostenträger für betreutes Wohnen und Kontaktstellen

- Ausreichende Finanzierung der Kontaktstellen (eine pro Sektor)
- Weiterhin ausreichende Finanzierung des betreuten Wohnens  
bislang 1/3, 1/6, 1/9, 1/12, bislang insgesamt ca. 300 Plätze

# Mechthild Böker-Scharnhölz, Andreas Maywald

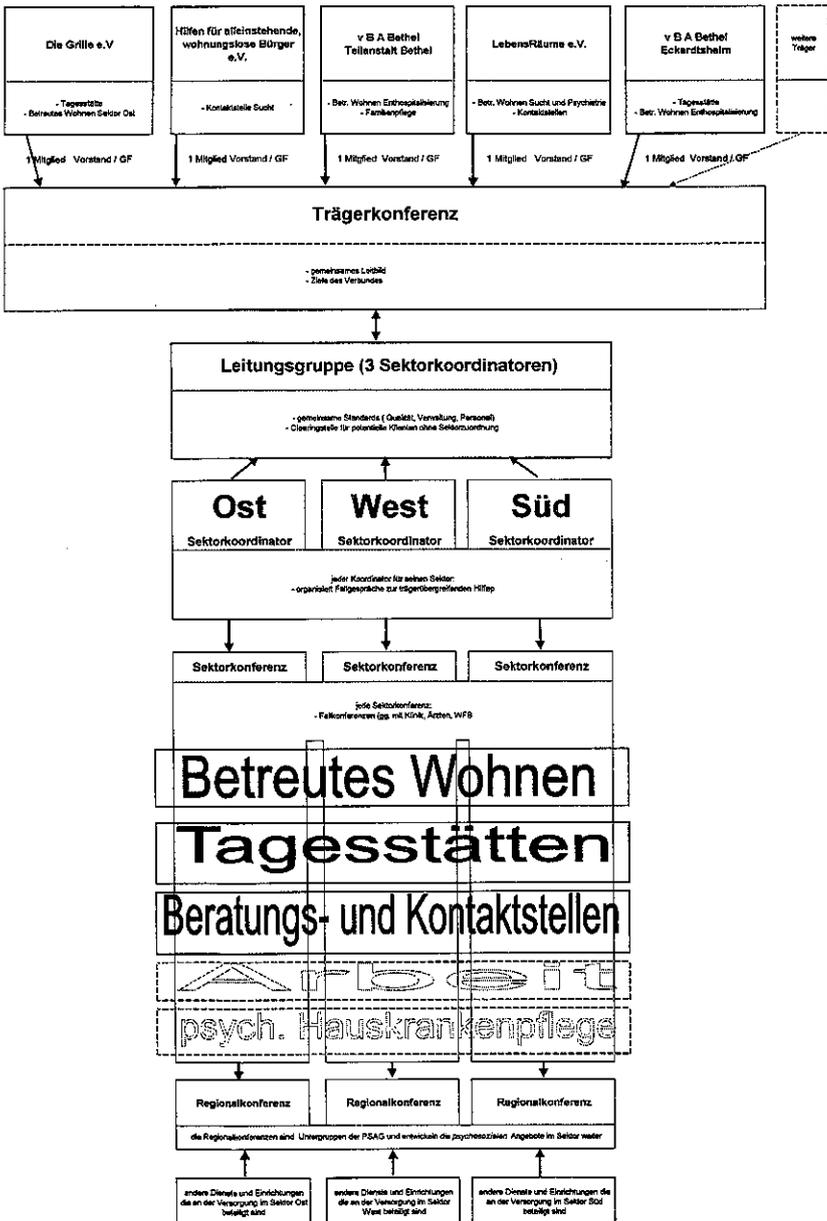
## Tableau der Bielefelder Angebote für chronisch psychisch kranke Menschen \*

03.10.04 (Stand: Januar)



\*Nicht berücksichtigt sind die Fachgebiete Behindertenhilfe, Drogenhilfe, Kinder und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe und die Angebote der medizinischen Behandlung SGB V mit Ausnahme der psychiatrischen Hauskrankenpflege sowie die psychosozialen Beratungsstellen (incl. Sucht). Darüber hinaus existieren noch Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen und Psychiatrie-Erfahrene sowie für Angehörige psychisch kranker Menschen.

# Gemeinpsychiatrischer Verbund Bielefeld



# Psychiatrische Versorgung in der Stadtgemeinde Bremen (ca. 550.000 E)

Günter Mosch

## 1. Gemeindepsychiatrische Strukturierung

Insbesondere für *chronisch* psychisch kranke und suchtkranke (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) Bürgerinnen und Bürger.

5 Versorgungsregionen (jede durchschnittl. 110.000 E)

In jeder Region sind vorhanden:

- Ambulant: Niedergelassene Nervenärzte und jeweils eine Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit Institutsambulanz
- Komplementär: Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Tagesstätte, Arbeits- und Beschäftigungsangebote
- Stationär: Zentral im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost findet eine „Innere Sektorisierung“ statt (Stationen sind zu jeweils einer der 5 Versorgungsregionen zugeordnet) und besteht das „Sektorarztprinzip“ (der jeweils zuständige Oberarzt der regional zugeordneten Stationen ist gleichzeitig Leiter der jeweiligen Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes)

### Zielorientierung / Leitlinien

1. Umsteuerung von stationär nach ambulant und komplementär
2. Personenzentrierte Organisation der Hilfen im Sinne integrierter Komplexleistungsangebote

## 2. Kooperation und Koordination

### Stadtgemeinde

#### Zentrale Arbeitsgruppe (ZAG)

Gibt Empfehlungen an den Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (SFGJSU) zu Grundsatzfragen der Versorgungsplanung ab.

Zusammensetzung: SFGJSU (Psychiatriereferat Geschäftsführung / Koordination), Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände, Regionalkonferenzen, Krankenhäuser mit psychiatrischen Versorgungs-

aufträgen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Amt für Soziale Dienste, Werkstatt Bremen, Angehörigenvertretung und Nutzer/-innen Vertretung.  
Zur Abarbeitung fachlicher Fragestellungen: Fachausschüsse (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Arbeit und Beschäftigung, Finanzierung)

### Regionen

**Regionalkonferenzen** (1 pro Versorgungsregion)

Kooperation / Abstimmung *regionaler* Bedarfslagen und Planungen  
Zusammensetzung: In der jeweiligen Region tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser mit psychiatrischen Versorgungsaufträgen, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des Amtes für Soziale Dienste, der Werkstatt Bremen, der Einrichtungsträger sowie Angehörigenvertretung und Nutzer/-innen Vertretung.

### 3. Vertragliche Regelungen

**Kooperationsverträge:** Zwischen Angebotsträger, dem Krankenhaus und dem SPsD im Sinne einzelfallbezogener Abstimmung der Hilfen.

**Versorgungsverträge:** Vorgesehen als vertragliche Festlegung regionaler Verantwortlichkeiten zwischen Kosten- und Angebotsträgern (Klärung erfolgt u. a. im Zusammenhang mit der Entwicklung von leistungsbezogenen Verträgen nach § 93 BSHG)

#### Teilausgabenbudget Psychiatrie (im Aufbau)

**Budgetierung steuerfinanzierter Ausgaben** (Hilfen für psychisch kranke Bürgerinnen und Bürger)

**Ziel:** Mehr Transparenz, Verbesserung von Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten (Umsteuerung aus dem stationären in den ambulanten und komplementären Bereich)

**Bereiche:** Abbau vollstationärer Psychiatriebetten am Krankenhaus zugunsten teilstationärer (tagesklinische Plätze, Familienpflegeplätze), ambulanter (angemessene Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes) und komplementärer Angebote (Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Tagesstätten)

**Steuerung:** Budgetausschuß / Budgetbericht (zentral für Stadtgemeinde Bremen)

Zusammensetzung des Ausschusses: Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Amt für Soziale Dienste

**Vereinb.:** Pflegesätze, zukünftig Leistungsverträge (Rahmenvereinbarungen nach § 93 BSHG)

### **Zukünftige Planungen**

1. Komplettierung des Budgets (**Arbeit und Beschäftigung, gerontopsychiatrische Angebote**)
2. Einführung einer Kosten- und Leistungsrechnung (**Ermittlung tatsächlicher Kosten auf Grundlage von Produkten und Leistungsbeschreibungen**)
3. Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortlichkeiten (**auf unterschiedlichen Steuerungsebenen – Kommune und Land**)

### **Probleme**

Weiterentwicklung des Teilausgabenbudgets zu einem „Psychiatriebudget“

- Ermittlung der Größenordnungen und fachliche Abgrenzungen im Zusammenhang mit der Komplettierung des Teilausgabenbudgets
- Ergänzung um beitragsfinanzierte Anteile und einer damit verbundenen stärkeren Einbindung der Sozialversicherungsträger

### **Ziele / Planungen**

#### **1. Regionalisierung der stationären Psychiatrie**

Verlagerung bisher überwiegend zentral vorgehaltener stationärer psychiatrischer Krankenhausbehandlung (inklusive der Behandlung Suchtkranker) in die Versorgungsregionen bei gleichzeitiger Reduzierung vollstationärer Betten bzw. Umwandlung in teilstationäre Angebote. Dabei enge Verzahnung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Sinne personenzentrierter Komplexleistungsangebote.

#### **2. Rechtliche Absicherungen im Zusammenhang mit einer Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)**

- LANDESPSYCHIATRIEBEIRAT
- PATIENTENBEAUFTRAGTE/R
- PSYCHIATRIEPLANUNG

# **Zukünftige Organisation des außerklinischen und nicht stationären Hilfesystems für psychisch kranke und behinderte Menschen in Mainz**

**Elisabeth Pflüger-Reifenberger, Martina Rikli, Peter Rasch, Joachim Storck, Joachim Speicher**

## **Vorbemerkung**

*Die außerklinische gemeindepsychiatrische Versorgung wird in Mainz zum größten Teil von vier Trägern geleistet. In einer Untergruppe des Arbeitskreises „Psychosoziale Versorgung“ haben diese Träger ein gemeinsames Konzept entwickelt, das vorhandene Lücken im Hilfesystem weiter schließt, die Hilfeangebote verbessert und diese dem Stand der Fachdiskussion anpaßt. Diese positive Zusammenarbeit wurde in besonderer Weise ermöglicht durch die Arbeit des „Arbeitskreises psychosoziale Versorgung“ und der „Koordinierungsstelle für gemeinde-nahe Psychiatrie“ der Stadt Mainz.*

Menschen mit längerfristigen und chronischen psychischen Erkrankungen sollen im eigenen Lebensfeld komplexe und ihrem individuellem Hilfebedarf angepaßte Leistungen erhalten. Die Organisation der Hilfen muß so flexibel sein, daß Art und Umfang dem entsprechenden und wechselnden Bedarf angepaßt werden können, ohne daß therapeutische Beziehungen abgebrochen werden müssen. Die Person soll in ihrem Lebensfeld integriert bleiben.

Die Organisationsstrukturen müssen diesen Anforderungen angepaßt werden. Das heißt vor allem: verstärkte Verzahnung und Vernetzung bei der Leistungserbringung.

Diese Aufgabe kann in Mainz, durch den Ausbau und die Umstrukturierung der bestehenden Angebote der vier Träger zu vier „Gemeindepsychiatrischen Zentren“ und durch Bildung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes aller Anbieter von Hilfen gelöst werden. Diese sollen in die Lage versetzt werden, mit unterschiedlichen Schwerpunkten und „Profilen“, alle wesentlichen Hilfeleistungen jeweils „aus einer Hand“ zu erbringen.

Sie verpflichten sich, ihre Angebote abzustimmen und gemeinsam weiter zu entwickeln. Die Kooperation mit Anbietern, die nur Teilbereiche der Leistungen erbringen, muß gewährleistet und gesichert sein.

## Ausgangslage

In den letzten Jahren hat sich in Mainz ein komplexes Hilfesystem unterschiedlicher Träger entwickelt. Eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation ist zu verzeichnen.

Folgende Leistungen werden im teilstationären und ambulanten Bereich zur Zeit erbracht:

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle des Caritasverbandes

Einzel-, Paar- und Familienberatung

Dagobert-Club (Kontaktstelle, offener Treff)

Betreutes Wohnen (27 Plätze)

Sozialtherapeutische Beratungsstelle Betreuungsverein e.V.

Psychosoziale Einzelbetreuungen

Betreutes Wohnen (12 Plätze)

Hauswirtschaftliche Hilfen für chronisch psychisch Kranke

Psychiatrische Dienste des PARITÄTISCHEN

Wohnverbund (Heim/BeWo) (49 Plätze)

Familien- und Angehörigenberatung

Teilstationäre Angebote nach KJHG

Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen

Tagesstätte (23 Plätze)

Betreutes Wohnen (27 Plätze)

Deutsches Rotes Kreuz

Betreutes Wohnen (12 Plätze)

Der Commit-Club betreut in seinen Wohngruppen auch psychisch behinderte Menschen (z.Zt. zwei Plätze). Das Diakonische Werk bietet einen Gesprächskreis und Beratung an.

Die aufgeführten Angebote sind in einem sehr hohen Maße ausgelastet. Im Bereich tagesstrukturierende Maßnahmen und Hilfen zur Arbeit besteht, wie bekannt, seit langem eine deutliche Unterversorgung, die sich in langen Wartelisten der Tagesstätte und des Service Centers zeigt. Hieraus resultierte die Forderung nach einer weiteren Tagesstätte in Mainz.

Das Hilfesystem ist in vielen Fällen noch einrichtungsbezogen; Lösungen für die individuellen, multiplen Hilfebedarfe stoßen an Einrichtungs- und/oder Trägergrenzen sowie Grenzen der Entgeltsysteme. Die Koordination der Hilfen ist erschwert, Änderungen im Hilfebedarf bringen für die Hilfesuchenden oft schwierige Veränderungen und Übergänge mit sich. Es ist nicht immer gewährleistet, daß die

Hilfesuchenden die Hilfen erhalten, die sie brauchen. Zum anderen kommt es wegen der Starrheit des bestehenden Systems vor, daß sie diese Hilfen nur erhalten können, wenn sie gleichzeitig Hilfen in Anspruch nehmen, die sie nicht brauchen.

Die Mainzer Träger von Einrichtungen und Diensten haben diese Schwierigkeiten erkannt. Sie versuchen schon seit längerer Zeit durch die Flexibilisierung ihrer Angebote, Personalvernetzung und Schaffung entsprechender Strukturen etc., hier Abhilfe zu schaffen.

*Sicher ist auch, daß die vorhandenen Kapazitäten, auch bei besserer Ausnutzung, nicht ausreichen. Wartelisten für die Tagesstätte und bei Hilfen zur Arbeit machen dies sehr deutlich.*

Das System muß qualitativ verändert und quantitativ ausgebaut werden.

### Auftrag

Mit den bundesweit anerkannten Vorgaben der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ und dem Entwurf für einen „Rahmenvertrag nach § 93 d BSHG zu den Leistungsvereinbarungen für Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, die Hilfen für seelisch behinderte Menschen erbringen“, werden die Aufgaben einer grundsätzlichen Veränderung der Versorgungsstruktur beschrieben und eingefordert.

Der Rahmenvertrag soll im nächsten Jahr in Kraft treten.

Kernpunkt hierbei ist, daß die Hilfen individuell auf die Person abgestimmt, als Komplexleistung zu erbringen sind und eine Versorgungsverpflichtung für die Region übernommen werden soll.

Komplexleistung heißt, daß je nach individuellem Bedarf Hilfen in den folgenden Leistungsbereichen geplant, beschrieben, vereinbart, angeboten und überprüfbar geleistet werden:

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften)
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordinierung durch eine Bezugsperson
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur sozialpsychiatrischen Grundversorgung

Die Hilfeleistungen werden mit dem Ziel erbracht, ein möglichst selbständiges und von fremder Hilfe unabhängiges Leben zu ermöglichen. Sie sichern die Möglichkeiten der Intervention von Fachkräften in Krisensituationen und helfen diese zu vermeiden. Dabei wird zunächst geprüft, wie weit Selbsthilfekräfte aktiviert, bestehende Hilfsysteme genutzt oder andere - nicht-psychiatrische Hilfen - in Anspruch genommen werden können.

Diese Form der Hilfen setzt von den Leistungserbringern voraus, daß sie adäquate Hilfen in allen Bereichen erbringen können oder diese im engen Verbund mit andern leisten.

Dies entspricht auch den speziellen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen, weil es Betreuungskontinuität, Überschaubarkeit, Niederschwelligkeit und sichere Beziehungsverhältnisse gewährleistet.

### **Personenkreis**

Das Angebot richtet sich vorwiegend an Mainzer Bürgerinnen und Bürger mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Störungen, wenn

- die Behinderung nicht ohne professionelle Hilfe kompensiert werden kann
- ambulante ärztliche und/bzw. psychotherapeutische Behandlung nicht ausreicht
- medizinische oder berufliche Rehabilitation abgeschlossen, noch nicht aufgenommen oder nicht indiziert ist.

### **Komplexleistungsprogramm**

Grundlage der Hilfeplanung ist der „Integrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan“ (IBRP), wie er von der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ vorgelegt wurde. Dieser ist bundesweit anerkannt. Auch der „Rahmenvertrag“ geht von seiner Anwendung aus. In unseren Einrichtungen und Diensten werden bereits seit längerer Zeit Erfahrungen mit dem IBRP gesammelt.

Gemeinsam mit der Hilfesuchenden (auch ggf. mit anderen an der Hilfeleistung beteiligten Personen) werden die bestehenden Probleme und vorhandenen Ressourcen erarbeitet und ein individueller Hilfeplan erstellt. Dieser ist lösungs- und ressourcenorientiert.

Zunächst wird darauf geachtet, ob nicht bereits bestehende Hilfsysteme einsetzen können oder gar andere Hilfen, die nicht unbedingt

zur psychiatrischen Versorgung zählen, genutzt werden können, um die Probleme zu lösen.

Sofern es hierzu keine oder nur geringe Möglichkeiten gibt, werden in den oben genannten Funktionsbereichen individuell abgestimmte und quantitativ am Bedarf der Hilfesuchenden orientierte Hilfeleistungen in Einzel- und / oder Gruppenform vereinbart und erbracht.

Sofern notwendige Maßnahmen nicht durch eine Leistungserbringerin erbracht werden kann, sollen die zuständigen Mitarbeiterinnen die Leistung durch andere Leistungsanbieterinnen sicherstellen.

### **Qualitätsstandards/Qualitätssicherung**

Die Träger verpflichten sich, Qualitätssicherungssysteme zu installieren, die sich an anerkannten Verfahren orientieren (PPQ, EFQM, ISO 9000ff o.a.). Externe Qualitätssicherung erfolgt durch die „Mainzer Aufnahmekonferenz“.

Qualitätsstandards sind u.a.:

- individuelle und bedarfsbezogene Leistungen
- Anpassung der Leistungserbringung an die angestrebte Lebensform der Klientinnen
- zielorientiert und zeitbezogen
- Kontinuität der Bezugspersonen und Überschaubarkeit des psychiatrischen Kontaktfeldes
- ganzheitliches Konzept
- Versorgungsverpflichtung
- Beschwerdemanagement / Qualitätsmanagement
- Supervision und Fortbildung der Personals
- Überschaubarkeit der Verantwortungsbereiche und wirtschaftliche Leistungserbringung
- Überprüfbarkeit und Dokumentation

Das setzt voraus u.a.:

- niederschwellig, individuell, personenzentriert
- aufsuchend und nachgehend
- motivierend
- offene Arbeitsformen und Strukturen
- überschaubar, transparent
- Autonomie behalten können
- Selbst- und gegenseitige Hilfe
- Klientin steht über Programm und bestimmt Programm

- feste Beziehungen
  - wenig Personalwechsel
- Das zeigt sich u.a. in:
- nutzerbezogenen Öffnungszeiten
  - Gleichgewicht von offenen und geschlossenen Angeboten
  - unangemeldete Besucherinnen werden nicht weggeschickt
  - es wird schnell bemerkt, wenn jemand nicht kommt
  - vielseitige Angebote durch wenig wechselndes Personal
  - Zuverdienstmöglichkeiten
  - Möglichkeiten zum Frühstück, Mittagessen, Kaffee
  - begleitetes Hinführen zu den Angeboten
  - individuelle Anwesenheitsregelungen

*Die Zugänglichkeit der Hilfeleistungen und Angebote für körper- und sinnesbehinderte Menschen muß gewährleistet werden.*

## Umsetzung

Die Mainzer Träger außerklinischer Hilfen für psychisch kranke Menschen haben in den vergangenen Jahren, soweit es bestehende einrichtungs- und förderrechtliche Grenzen zugelassen haben, versucht, diese dann zu überwinden, wenn es die Situation der Hilfesuchenden erfordert. Dadurch entstanden vielfältige Möglichkeiten, individuelle Hilfeleistungen über Heim-, Tagesstätten-, BeWo-, Kontaktstellen – und Einzelfallhilfegrenzen hinaus zu leisten.

Diese positiven Ansätze gilt es weiterzuentwickeln.

Es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß auf der Grundlage gewachsener und bewährter „Profile“ die Angebote so erweitert werden könne, daß von allen Trägern Leistungen im Sinne eines Komplexleistungsprogrammes angeboten werden können.

*Dafür ist unbedingt die Ausweitung tagesstrukturierender Hilfen, der Hilfen zur Selbstversorgung, zur Kontaktfindung und der Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung einzufordern.*

Dies heißt auch nach den Vorgaben der „Rahmenvereinbarungen“: Für die Bereiche Tagesgestaltung, Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung und Freizeit müssen die Träger in die Lage versetzt werden, Räume zur Verfügung zu haben, in denen sich Betroffene treffen können, soziale Kontakte aufbauen und erweitern, „heimisch werden“, sowie durch Fachpersonal schnelle und unbürokratische

Hilfe finden. Hier sollen Gruppen- und Einzelangebote ermöglicht werden.

Eine räumliche und personelle Erweiterung ist damit für den sozialpsychiatrischen Verein und die PSKB des Caritas-Verbandes notwendig.

Damit können vier Gemeindepsychiatrische Zentren entstehen:  
GPZ „Haus am Landwehrweg“  
GPZ Schießgartenstraße  
GPZ Dagobertstraße  
GPZ Neustadt

### **Aufnahmekonferenz**

Hilfebedarf und Hilfeumfang werden in Zukunft von einer „Mainzer Aufnahmekonferenz“ beraten und empfohlen werden. Der Umgang mit dem „Instrument“ Aufnahmekonferenz wird in Mainz bereits seit Anfang des Jahres erprobt. Die GPZs arbeiten aktiv in dieser mit und werden sich nach den dort gefaßten Empfehlungen richten.

### **Umfang / Finanzierung**

Die Umsetzung des beschriebenen Konzepts erfordert die Anmietung von neuen Räumen.

Für das GPZ Dagobertstraße und Aspeltstraße müssen insgesamt mindestens 3,5 neue Stellen geschaffen werden. Für das GPZ Schießgartenstraße eine halbe Stelle.

Investitionskosten entstehen in der Dagobert Straße und der Aspeltstraße.

Die laufenden Kosten werden (entsprechend der bisherigen Tagesstättenförderung) je zur Hälfte vom überörtlichen und örtlichen Träger der Sozialhilfe übernommen. Die Kosten für Einrichtung und Ausstattung wurden bisher zu gleichen Teilen von den Trägern und dem Land Rheinland-Pfalz getragen.

Das Verfahren der Entgeltzahlung wird mit den beteiligten Kostenträgern zu klären sein. Hierzu werden Gespräche mit dem Land Rheinland-Pfalz und der Stadt Mainz in naher Zukunft stattfinden. Die Träger sind bereit auch im Vorgriff auf zukünftige, veränderte Entgeltregelungen im Rahmen der Änderungen im § 93 BSHG, von bisherigen Pfaden der Finanzierung abzuweichen und Neues zu erproben.

# **B. Strukturelle Voraussetzungen für fallbezogene Steuerung**

## **„Integrative Psychiatrische Behandlung“ („IPB“)**

### **Erste Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung eines vom Alexianer-Krankenhaus Krefeld durchgeführten Modells**

**Andreas Horn, Ruth Dietz, Christine Behmenburg, Klaus Fasshauer  
unter Mitarbeit von Gerhard Holler**

Das Krefelder Alexianer-Krankenhaus hat sich strukturell besonders mit der Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung beschäftigt und hält – mit dem Ziel der Verkürzung der Krankenhausverweildauer – ein breites, bedarfsorientiertes Angebot am Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung vor. Im einzelnen sind im Versorgungsgebiet präsent:

- eine aufsuchend tätige Institutsambulanz auf Überweisung von Kassenärztin,
- eine als Modellprojekt anerkannte „Kooperationsklinik“, in der niedergelassene Ärztinnen ihre Patientinnen bei Intensivierung der Behandlungsbeziehung im Krankenhausbett, unter Nutzung der klinischen Ressourcen und der Gesamtverantwortung der Klinik, weiterbehandeln,
- ambulante Entwöhnung im Trägerverbund sowie rehabilitative Angebote,
- und seit Juli 1998 die „Integrative Psychiatrische Behandlung“ (IPB), die hier als besondere Maßnahme fallbezogener Steuerung vorgestellt werden soll.

Mit dem Modell der Integrativen Psychiatrischen Behandlung konnte ein flexibles und ausbaufähiges System mit den Krankenkassen verein-

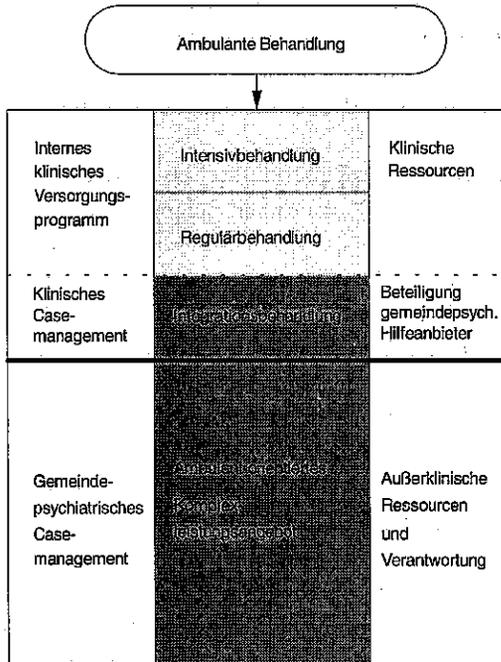
bart werden, das bereits von Juli bis November 1998 mit 29 Patientinnen und Patienten erfolgreich erprobt wurde und, wie erste Erfahrungen zeigen, als Motor für den Ausbau neuer gemeindeintegrierter, fallbezogen ausgerichteter Verbundsysteme wirkt. Wie sich zeigt, eignet sie sich für alle klinisch zu behandelnden Patientinnen, insbesondere für akut psychotische Patientinnen, wie auch für Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen und ausgeprägten therapieresistenten neurotischen Störungen, insbesondere chronifizierten Angstneurosen. Auch die Behandlung geronto-psychiatrischer Patientinnen erscheint sinnvoll. Dieses Behandlungsmodell ist in seiner Ausrichtung darauf konzentriert, aus krankenhausnahen Patientinnen gemeindenahe Patientinnen zu machen.

### **„Integrative Psychiatrischen Behandlung“ als Innovation**

Bisher wurden die Patientinnen, solange sie das Krankenhaus, benötigen intramural psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt und dann nach Hause entlassen. Das Krankenhaus konnte wenig tun, wenn die Patientinnen zu Hause abrupt rückfallprovozierenden Faktoren und den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussenden Belastungen ausgeliefert waren. Die Möglichkeiten der Einbeziehung sozialer Rahmenbedingungen und der außerklinischen Einflußfaktoren in den stationären Behandlungsverlauf waren begrenzt. An diesem Punkt setzt die Integrierte Psychiatrische Behandlung (IPB) an. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, verlassen die Patientinnen nach Intensiv- und Regulärbehandlung die „Krankenhausmauern“ und kehren in ihr häusliches Umfeld zurück, bleiben aber nach wie vor bis zur Besserung ihrer Krankheitssituation im Rahmen herkömmlicher Verweilzeiten Patientinnen des Krankenhauses. Die dadurch geschaffene offene Situation ermöglicht auch ein verbessertes Miteinander im gemeindepsychiatrischen Verbund. So können ambulant tätige und komplementäre Leistungserbringer entsprechend dem Wunsch und Bedarf der Patientinnen in die Behandlung einbezogen werden. Damit wird der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE vertretene personenzentrierte Hilfeansatz in besonderer Weise realisierbar. Die noch kurzzeitig klinisch Behandlungsbedürftige erhält alle medizinisch indizierten Klinikleistungen und zwar individuell auf ihr Erkrankungsbild und auf die Erfordernisse ihres sozialen Umfeldes zugeschnitten. Diese werden so weit wie möglich bei der Betroffenen zu Hause (als „home treatment“), aber auch, wenn erforderlich und organisatorisch sinnvoll, in der Klinik oder an einem anderen bevorzugten Ort

im sozialen Umfeld erbracht. In der Klinik finden u.a. Gruppenpsychotherapie und andere therapeutische Einzel- wie Gruppenangebote statt, im Wohnumfeld beispielsweise Angstexpositionstraining oder therapeutische Unterstützung bei der Anbahnung sozialer Kontakte.

NEUORIENTIERUNG DER KLINISCHEN VERSORGUNG  
IM ALEXIANER KRANKENHAUS



— Klinikentlassung    □ innerhalb der Mauern    ■ außerhalb der Mauern

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG  
UND STRUKTURFORSCHUNG HANNOVER

**Strukturelle Maßnahmen**

Um diesen vielfältigen Anforderungen zu genügen, hat das Alexianer-Krankenhaus ein ärztlich geleitetes mobiles Team zur Verfügung, in dessen berufsgruppenübergreifender Arbeit unter ärztlicher Leitung ambulante Fachpflegekräfte, Ergo- und Bewegungstherapeutinnen, Diplom-Psychologinnen und Sozialpädagoginnen kontinuierlich einbe-

zogen werden. Die 24-stündige klinische Verantwortung gegenüber Akutpatientinnen an 7 Tagen in der Woche übernimmt ein Bereitschaftsdienst, der sich ausschließlich aus den beiden in der IPB tätigen Ärztinnen rekrutiert, so daß im Krisenfall – ohne Verzögerung durch ein ggf. noch auszugleichendes Informationsdefizit – unter Rückgriff auf eine bereits bestehende therapeutische Beziehung gehandelt werden kann. Für die Patientinnen der IPB findet eine Verabschiedung vom Anstaltsparadigma statt: Die Hilfebedürftige kommt nicht mehr zur helfenden Institution, die Klinik kommt zur Hilfebedürftigen. In gewisser Weise findet nicht nur eine Enthospitalisierung der Patientinnen, sondern, was ebenso Gewicht hat, eine Enthospitalisierung ihrer Mitarbeiterinnen statt. Die diese Behandlung durchführenden Klinikmitarbeiterinnen verlassen ihr gesichertes Terrain. Sie erleben die Behandelten ganzheitlicher, erfahren gleichzeitig außerklinische Behandlungsrealitäten und initiieren einen erweiterten Erfahrungsaustausch mit anderen im Verbundsystem Tätigen, die nach den Gegebenheiten der gemeinsam zu erbringenden ambulanten Komplexleistungen in die Therapie einbezogen werden.

Um ein an den individuellen Erfordernissen und Wünschen der Patientinnen orientiertes Behandlungsangebot zu schaffen, wurde das diagnostische und therapeutische Angebot der Klinik in einzelne Behandlungsmodule aufgeschlüsselt, die in Absprache mit der Patientin zu einem individuellen Therapieplan zusammengesetzt werden.

Derzeit befinden sich durchschnittlich 8 Patientinnen zugleich in der IPB, die Behandlungsdauer ist auf durchschnittlich 26 Tage begrenzt.

Die folgende Tabelle zeigt das in die Praxis umgesetzte Beispiel eines solchen Therapieplanes im Wochenüberblick. Diagnostisch lag ein schwer ausgeprägtes neurotisch depressives Syndrom vor. Die ambulante Behandlung war wegen eines sozialen Rückzugs und aktuellen suizidalen Tendenzen nicht mehr verantwortbar, jedoch sollte das regressionsfördernde Element einer vollstationären Behandlung vermieden werden. Das „home treatment“ bestand bei diesem Patienten aus tiefenpsychologisch orientierten Einzelgesprächen sowie aus psychiatrischen Pflegekontakten mit überwiegend soziotherapeutischer Ausrichtung statt. In der Klinik nahm der Patient an ergo- und bewegungstherapeutischen Einheiten sowie an der tagesklinisch angebotenen Konzentrativen Bewegungs- und analytischen Gruppenpsychotherapie teil.

Die für eine interne Vernetzung unerlässliche enge Absprache zwischen den Mitarbeiterinnen der Tagesklinik und denjenigen der IPB, wird durch ein gemeinsam stattfindendes Teamgespräch sowie durch die ständige Erreichbarkeit der IPB-Ärztinnen per Mobiltelefon gewährleistet.

Als besonders wichtige Behandlungselemente der IPB haben sich fest etabliert:

**Bewegungs- und analytischen Gruppenpsychotherapie teil.**

**Wochenplan vom 28.9. bis 4.10.1998 für Herrn S.**

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Don.tag	Freitag	Samstag	Sonntag
8.00		8.30-9.15 Ärztliches Einzelgespräch Zu Hause				Tägliche Arztvisiten	
9.00				9.00-10.30 Analytische Gruppenpsychotherapie	9.30-10.00 Chefarztvisite		
10.00							
11.00				11.00-11.45 Ergotherapie			
12.00	12.00-12.30 Ärztliches Einzelgespräch	12.00-12.30 Gruppenvisite	12.30-13.00 Ärztliches Einzelgespräch	12.00-12.15 Arztvisite			
13.00	13.30-14.30 Bewegungstherapie		13.00-14.30 Konzentrierte Bewegungstherapie	12.15-13.15 psychiatr. Pflege			
14.00	14.30-16.00 Konzentrierte Bewegungstherapie	14.30-16.00 Analytische Gruppenpsychotherapie					
15.00			15.15-16.00 Ergotherapie				
16.00	16.00-16.45 Ergotherapie	16.00-17.00 psychiatr. Pflege z.H.					

- Häusliche Bedingungen einbeziehende psychoedukative Verfahren,
- Familiengespräche und Angehörigenarbeit vor Ort,
- ADL-Training in der Wohnung der Patientin,
- sozialarbeiterisch begleitete Vorstellung bei komplementären Diensten,
- psychiatrische Pflege in der Wohnung der Patientin mit tages- und wochenstrukturierenden Maßnahmen,

- Angstexpositionstraining im sozialen Umfeld unter therapeutischer Begleitung,
- erweitertes Training sozialer Kompetenz
- und Entlassungsgespräch unter persönlicher Einbeziehung der weiterbehandelnden Ärztin.

Der für die einzelne Patientin gezielt zusammengestellte Therapieplan erfüllt die Anforderungen an ein umfassendes individuelles Case-management. Neben der suffizienten medizinischen Behandlung des Erkrankungsbildes selbst, sind auch die notwendigen therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt, die sich erst im alltäglichen sozialen Umfeld der Patientin ergeben. Damit werden Ereignisse abgefangen, die Auslöser einer neuerlichen Dekompensation und umgehenden stationären Wiederaufnahme bilden. Dadurch soll Hospitalisierungstendenzen entgegengewirkt, im Sinne des Normalisierungsprinzipes eine frühzeitige Rückkehr der Patientin in ihr gewohntes Lebensumfeld ermöglicht, und schließlich eine im Vergleich langfristige Stabilität unter ambulanten Bedingungen gefördert werden.

Die bisherigen Erfahrungen sprechen für folgende Vorteile der Integrativen Psychiatrischen Behandlung gegenüber der traditionellen Krankenhausbehandlung:

1. *Die Ergänzung der klinischen Perspektive durch eine Lebensfeld-Diagnostik einschließlich verbesserter Ressourcenerkennung:* So konnte beispielhaft bei einzelnen Patientinnen durch Einbeziehung des Lebensfeldes eine bislang schwer zu durchschauende Krankheitssituation diagnostisch und therapeutisch geklärt werden.
2. *Die Erweiterung der klinischen Therapiemöglichkeiten um Einheiten, die vorrangig unter den Bedingungen des „home treatment“ möglich sind.* Diese therapeutische Interventionen konnte häufig besonders jene Bedingungen im unmittelbaren Lebensumfeld der Patientin gezielt bessern, die sich als krankheitsauslösend bzw. -erhaltend erwiesen. Zugleich erlaubt diese Möglichkeit die Unterstützung bei der Umsetzung der in der Klinik trainierten Verhaltensweisen, die die Patientin sonst nach ihrer Entlassung bei der Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld zumeist auf sich allein gestellt einbringen mußte.
3. *Eine höhere Behandlungsakzeptanz bei Patientinnen und Angehörigen:* Nach vorliegenden Ergebnissen einer standardisierten Umfrage, die regelmäßig 4 Wochen nach Entlassung aus der IPB vorge-

nommen wird, würden von 24 befragten 21 Patientinnen die IPB der traditionellen Krankenhausbehandlung vorziehen, sofern sich bei ihnen neuerlich eine entsprechende Behandlungsnotwendigkeit ergeben sollte. Eine Patientin war unentschlossen, da sie keinen wesentlichen Unterschied zur traditionellen Krankenhausbehandlung habe feststellen können. Zwei Patientinnen entschieden sich dagegen, zum einen, weil sie sich durch das therapeutische Programm überfordert, zum anderen, weil sie sich durch die begrenzte Behandlungsdauer zu kurz und damit nicht ausreichend behandelt fühlten. Bisher brach keine Patientin die Behandlung ab. Zahlreiche Patientinnen begrüßten das im Unterschied zur Klinikroutine individuellere, nicht mehr überwiegend gruppenbezogene und daher weitaus flexiblere Therapieprogramm, das hinsichtlich Art, Häufigkeit und Zeitpunkt therapeutischer Interventionen erhebliche Gestaltungsräume unter Berücksichtigung persönlicher Wünsche und Vorlieben der Patientinnen zuließ. Für die Patientin ergibt sich aufgrund der überschaubaren Anzahl von Mitpatientinnen das wohltuende Gefühl, nicht eine unter vielen zu sein, für die nur knappe therapeutische Kapazität verfügbar ist. Sie empfindet sich hingegen im Zentrum intensiven therapeutischen Bemühens, das ihre Mitwirkung herausfordert. Dem widerspricht nicht, daß insbesondere durch die feste Etablierung von Gruppenvisiten auch ein „Wir-Gefühl“ unter den Patientinnen der IPB entstand. Viele treffen sich im Anschluß an die Entlassung weiterhin in den 14tägig stattfindenden, ärztlich geleiteten Ehemaligengruppen. Das unmittelbare soziale Nahfeld während der IPB führte nicht selten zur Vermeidung zusätzlicher psychischer Belastungen, die aus der während der stationären Behandlung unweigerlich gegebenen räumlichen Trennung von engsten sozialen Bezugspersonen des öfteren beobachtet werden können. So ermöglichte die IPB einer Patientin vorzeitig zu ihren minderjährigen Kindern zurückkehren, zwei Patientinnen mußten zur suffizienten klinischen Behandlung ihrer psychiatrischen Erkrankung ihre krebserkrankten Ehepartner nicht verlassen. Auch bei weniger extremen Ausgangssituationen stellte sich in den meisten Fällen die direkte Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozeß als sehr förderlich heraus.

4. *Eine verbesserte Rezidivprophylaxe:* Dies läßt sich anhand von Einzelbeispielen gut demonstrieren. Patientinnen mit mehrmonatigen

stationären Aufenthalten und wiederholten Entlassungsversuchen und z.T. langjährigem Erkrankungsverlauf, blieben im Rahmen der IPB stabil. Hierzu trug die gleitend gestaltete Überleitung zu ambulanten Versorgungsanbietern viel bei. Keine der bis jetzt entlassenen Patientinnen mußte im Anschluß an ihre Entlassung aus der IPB wiederaufgenommen werden. Die sich kontinuierlich wiederholenden klinischen Aufnahmen, die als Drehtüreffekt kolportiert werden, können durchbrochen werden. Zur Unterstützung der Rezidivprophylaxe finden wöchentlich, jeweils im Wechsel, psychoedukativ ausgerichtete Ehemaligen- bzw. das EE-Konzept einbeziehende Angehörigengruppen statt. In welchem Umfang durch die IPB eine gegenüber der traditionellen Krankenhausbehandlung verbesserte Rezidivprophylaxe zu erzielen ist, kann jedoch erst nach Auswertung der Erfahrungen mit größeren Patientinnenzahlen sicher gesagt werden.

5. Die Reduktion der durchschnittlichen Krankenhaus-Verweildauern: Die IPB schließt sich an eine traditionell vollstationäre Behandlung an, sie kann diese aber auch ersetzen. Die IPB mutet organisatorisch zunächst als eine der teilstationären Therapie analoge Behandlungsform an. Allerdings haben die Krankenkassen der Tatsache, daß es sich formal um vollstationäre Patientinnen handelt, durch die Bewilligung einer Pauschale für die Gesamtbehandlungskosten Rechnung getragen. Als Ergebnis der Verhandlungen mit den Krankenkassen ist für die IPB eine Obergrenze der Behandlungsdauer mit der Maßgabe vorgegeben, die Überleitung von Problempatientinnen in die gemeindeintegrierte Nachbetreuung besser und schneller sicherzustellen. Insofern trägt die IPB zu einer auf das unbedingt notwendige Maß reduzierten klinischen Behandlung bei, die nicht zu Lasten kassenärztlicher oder komplementärer Versorgung geht. Durch diesen Weg wird es Schritt für Schritt, wie es auch die o. g. Beispiele verdeutlichen, zu einer Verkürzung der klinischen Verweildauer insgesamt kommen. Damit aber schwer psychisch Kranke nicht ausgegrenzt werden und auch für diese Patientinnengruppe eine Senkung der Verweildauern erreicht werden kann, muß flexibel mit den verfügbaren Zeitkomponenten umgegangen werden. Das heißt, dass die integrativ-psychiatrische Behandlung bei Überschreitung des vorgegebenen Zeitmaßes von 26 Tagen im Einzelfall nicht abgebrochen wird. Schließlich wird im Gegenzug bei anderen, dank der

integrierenden Wirkung dieser Behandlung, das Zeitbudget unterschritten.

Die Anfangerfahrungen bei den bis November in die IPB aufgenommenen 29 Patientinnen zeigen darüber hinaus, daß die Verweildauer wesentlich davon abhängt, in welcher Phase des klinischen Programms mit der Integrationsbehandlung begonnen wird.

6. *Die Wahrung der Behandlungskontinuität:* Ein weiteres wesentliches Element der IPB ist neben dem individuellen Lebensfeldbezug die bereits angesprochene, konzeptuelle und das praktische Vorgehen bestimmende integrierte Vernetzung mit weiterbehandelnden Ärztinnen, nicht ärztlichen Therapeutinnen und komplementären Diensten. Es ist die erklärte Absicht des Alexianer-Krankenhauses Krefeld, Teile der Behandlung von anderen am gemeindepsychiatrischen Verbundsystem beteiligten Expertinnen durchführen zu lassen. Dies geschieht zunächst unter Koordination der Klinikärztinnen. Welchen Grad von Selbständigkeit im Behandlungsverlauf dieser Mitwirkung zugemessen wird, ist abhängig von den fallbedingten Gegebenheiten, den Wünschen der Patientin und den Erfordernissen der Weiterbehandelnden nach Abschluß der Behandlung. Die außerklinischen Leistungen werden den jeweiligen Leistungserbringern vom Krankenhaus erstattet.
7. *Die Minimierung der Schnittstellenproblematik:* Mit Hilfe dieser Vernetzung soll die kooperationsbelastende Schnittstellenproblematik zwischen ambulanten und stationären Versorgungsprogrammen kontinuierlich abgemildert werden. Komplexleistungsangebote sollen stufenweise vom klinischen Versorgungssetting auf ambulante bzw. komplementäre Rahmenbedingungen abgestimmt werden. Ein Anfang wurde bei einer Reihe von IPB-Patientinnen damit gemacht, daß einmal wöchentlich eine psychotherapeutische Einheit von der jeweils ambulant behandelnden Ärztin bzw. Psychologin übernommen wurde. Dies unterbrach keineswegs die klinische Behandlungskontinuität, sondern unterstützte vielmehr die Umorientierung der Patientinnen vom klinischen zum ambulanten Versorgungssetting. Sowohl die Patientinnen als auch die ambulant tätigen Therapeutinnen begrüßten diese konkrete Umsetzung der fallbezogenen Vernetzungsabsichten. Mehrere Patientinnen nahmen bislang außerdem während der IPB am Angebot des örtlichen Sozialpsychiatrischen Zentrums teil.

### Institutionsübergreifende Kooperationsansätze

Derzeit werden mit den niedergelassenen Ärztinnen im Rahmen der IPB folgende Möglichkeiten der Vernetzung alternativ praktiziert bzw. angebahnt:

- a) Bei geringen Kooperationsmöglichkeiten findet entsprechend dem *traditionellen Vorgehen* im Abschluß der klinischen/integrativen Behandlung die Entlassung der Patientin in das ambulante Milieu statt. Dieses Vorgehen wird allerdings nur noch praktiziert, wenn besondere Umstände die Kooperationsmöglichkeiten einschränken (Erkrankung/ Urlaubsvertretung der ambulant behandelnden Ärztin). Mit Hilfe des vorläufigen Kurzberichtes und des Arztbriefes wird die weiterbehandelnde niedergelassene Nervenärztin über die klinische Behandlung und über die Behandlungsempfehlungen der Klinik informiert. Dies wird durch telefonische Absprachen ergänzt.
- b) In der Regel informiert die Klinik die niedergelassene Ärztin über den Zeitpunkt der Entlassung und gibt ihr die Möglichkeit, einen Termin für ein Übergabegespräch mit der IPB-Ärztin in Anwesenheit der Patientin in ihrer Praxis zu vereinbaren. Sie kann dann unmittelbar an der Behandlungsbeziehung, die innerhalb der klinischen Versorgung bestanden hat, anknüpfen und diese fortführen (*Kommunikationsmodell*).
- c) Daneben arbeitet die Klinik vermehrt daraufhin, daß die bislang behandelnde niedergelassene Fachärztin im Rahmen der integrativen Behandlung (in der Regel in der Abschlußphase) kooperativ ärztlich tätig wird. Hierfür werden vertragliche Vereinbarungen, die bereits im Rahmen der Kooperationsklinik des Alexianer-Krankenhauses erprobt wurden, getroffen. Das KV-Budget wird nicht belastet da, wie schon erwähnt, sämtlicher Personaleinsatz aus dem Etat der Klinik finanziert wird (*Kooperationsmodell*).
- d) Künftig soll die klinische Entlassung in Abstimmung mit den niedergelassenen Fachärztinnen während der Integrationsbehandlung möglich sein, sofern gewährleistet ist, daß die weitere Komplexbehandlung im notwendigen Umfang durch kassenärztliche Versorgung erfolgen kann. Der KV-Arzt kann dann bei Bedarf die nicht-ärztlichen Ressourcen des Krankenhauses nutzen, wie es jetzt schon in der Kooperationsklinik geschieht (*Delegationsmodell*).

Der Brückenschlag zwischen Kliniken und gemeindeintegrierten Versorgungsprogrammen hat der Psychiatriereform vielfältige Impulse gegeben. Institutsambulanzen und Tageskliniken haben Behandlungslücken bei der Versorgung dauerhaft psychisch beeinträchtigter Menschen ausgeglichen. Auf Versorgungsvakuen reagierende Klinikinitiativen haben sich vielerorts gemäß den Expertenempfehlungen von 1988 als Bestandteile des gemeindepsychiatrischen Verbundes konsolidiert. Die jedoch fortbestehenden regionalen Unterschiede, das Fehlen differenzierter komplementärer Angebote und unzureichende Erfahrungen im Casemanagement lassen den Aufbau lebensfeldbezogener Komplexleistungsprogramme vielerorts schwierig erscheinen. Es besteht die Gefahr, daß Versuche ambulante Komplexleistungen aufzubauen an fehlenden Abstimmungsmöglichkeiten, an unterschiedlichen Zielsetzungen einzelner Leistungserbringer sowie an den unterschiedlichen Realitäten klinischer und außerklinischer Versorgung, nicht zuletzt was die finanziellen Rahmenbedingungen angeht, scheitern. Kliniken die sich von der klassischen Struktur und dem Bettendenken entfernen und ihre Mitarbeiterinnen auch außerhalb der Krankenhausmauern flexibel einsetzen, können bei Neuorientierung vorhandener Strukturen den Aufbau gemeindeintegrierter und patientinnenorientierter Verbundsysteme vorantreiben.

Im jetzt realisierten Modell der Integrativen Psychiatrischen Behandlung erreicht der Brückenschlag zwischen klinischem und ambulantem bzw. komplementärem Versorgungsbereich eine neue Qualität. Ohne die strukturell gegebenen Grenzen des gegliederten Finanzierungssystems zu verwischen, werden alle Möglichkeiten und Chancen genutzt, um im Rahmen eines bereichsübergreifenden Casemanagements außerklinische Ressourcen für gemeindepsychiatrische Behandlung einzusetzen. Dort wo für das Patientinnenwohl vorteilhaft, wird die Klinik ihre Kapazitäten in den Dienst ambulant orientierter Komplexleistungen stellen. Dann findet gerade bei längerfristig psychisch erkrankter Menschen ein wechselseitiger Erfahrungsabgleich statt, der die fallbezogene Steuerung in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund optimiert und implementiert.

# C. Finanzielle Steuerung im BSHG-Bereich

## zum Stand der Diskussion zur Umsetzung des § 93 BSHG

**Dieter Stahlkopf, Bernhard Scholten**

Heute steuert der Sozialhilfeträger seine Ausgaben im Bereich der Eingliederungshilfe im wesentlichen durch Konzeptprüfungen für institutionelle Angebote, eine daran orientierte Personalausstattung, die zu festgelegten Personalschlüsseln führt, und besonders durch die Zahl der von ihm zugelassenen Plätze.

Eine Bedarfsprüfung des Einzelfalles und eine daran orientierte Leistungsgewährung ist unterentwickelt.

Die heutige Aufgabenteilung zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger führt zusätzlich zu einer fachlichen und finanziellen Fehlsteuerung der vorhandenen Ressourcen.

Wenn zukünftig Mittel der Eingliederungshilfe nur noch eingesetzt werden dürfen, wenn

- für einen einzelnen Menschen,
- auf der Grundlage einer einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsplanung,
- an der der Klient, seine Angehörigen und ggf. sein gesetzlicher Betreuer angemessen beteiligt waren,
- die Fähigkeiten, die Fähigkeitsstörungen sowie die Hilfen und Belastungen im sozialen Umfeld ermittelt,
- die Behandlungs- und Rehabilitationsziele abgestimmt,
- der zur Erreichung dieser Ziele notwendige psychiatrische Hilfebedarf personenbezogen in seinen Qualitäten und Quantitäten abgeleitet und
- gutachterlich bestätigt ist,

dann wird der bisherige Markt der institutionell ausgerichteten Leistungserbringer in Bewegung geraten. Der Sozialhilfeträger wird seine bisherige „institutionsbezogene“ Finanzierung über Bett- und Platz-

pauschalen aufgeben und über die Hilfskonstruktionen der „Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf“ zu einer „personen- und bedarfsbezogenen“ Finanzierung übergehen. Sowohl der Sozialhilfeträger als auch die Leistungserbringer verlieren dabei ihre Planungssicherheit auf dem bisherigen Niveau!

Zukünftig werden beide, die Leistungserbringer und die Sozialhilfeträger ein gemeinsames Problem haben. Ein regionales Budget muß gebildet und vernünftig ausgegeben werden. Dabei müssen die regionale Bedarfssituation und die finanziellen Rahmenbedingungen angemessen berücksichtigt werden. Der individuelle Rechtsanspruch auf bedarfsgerechte Hilfe bleibt trotz der Planungsgröße 'Budget' unberührt. Die bundesweiten Diskussionen um die Umsetzung des § 93 BSHG zeigen wie schwierig dieser Auftrag ist.

Über den Stand der Verhandlungen in den jeweiligen Regionen berichteten:

Herr Kludas aus Baden-Württemberg

Herr Kiel aus Hamburg

Herr Rosemann aus Berlin

Herr Scholten aus Rheinland-Pfalz

So unterschiedlich der Stand in den jeweiligen Regionen auch sein mag – für 1999 zeigt sich überall eine Übergangslösung ab, die formal den Forderungen des Gesetzgebers (Grundpauschale, Maßnahmepauschale, Investitionsbetrag) genügt, aber die oben beschriebene Forderung der Kommission zur Personalbemessung der AKTION PSYCHISCH KRANKE nach einer personenbezogenen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und eine an diesem fachlichen Standard orientierte Finanzierung werden zumeist nicht erfüllt.

Aus den Regionalberichten und aus der Diskussion wird deutlich, daß man sich dort diesem Ziel am raschesten nähert, wo Sonderwege für die Psychiatrie zugelassen werden.

Zum Thema/zur Stimmung:

- Steuern ist ein schwieriges Geschäft.
- Einfache Lösungen sind nicht in Sicht.
- Wir wissen nach dieser Diskussion/dieser Tagung mehr zum Problem Steuerung als vorher – zufrieden sind wir aber nicht!

- Wir sind genau so verwirrt wie vorher – nur auf einem höheren Niveau
- Es gibt keine „richtige Zeit“, um über Steuerung zu reden:

In guten Zeiten – warum sollten wir uns gerade jetzt bewegen? In schlechten Zeiten sind Ängste und Unsicherheiten keine guten Ratgeber.

- Aber Steuerung ist eine wichtige Aufgabe. Wir müssen uns mehr darum kümmern, denn wer nicht steuert, wird gesteuert

## Verzeichnis der Autoren und Autorinnen

- Prof. Dr. Thomas BECKER, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, Leipzig
- Dr. Christine BEHMENBURG, Alexianer-Krankenhaus, Krefeld
- Mechthild BÖKER-SCHARNHÖLZ, Fachbereichsleiterin Sucht/Allgemeine Psychiatrie Eckardtsheim, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld
- Hans-Jürgen CLAUßEN, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener, Kuden
- Dr. Ruth DIETZ, Alexianer-Krankenhaus, Krefeld
- Norbert van EICKELS, Südpfalzwerkstatt, Offenbach (Südliche Weinst-  
rasse)
- Dr. Hermann ELGETI, Medizinische Hochschule Hannover, Sozial-  
psychiatrische Poliklinik, Hannover
- Prof. Dr. Klaus FASSHAUER, Ärztlicher Direktor, Alexianer-Kranken-  
haus, Krefeld
- Prof. Dr. Petra GROMANN, Professorin für Behindertenpädagogik und  
Soziologie, Fachhochschule Fulda
- Gerhard HOLLER, Bereichsleiter für Gesundheitswesen im Institut für  
Entwicklungsplanung und Strukturforchung GmbH, Hannover
- Dr. Andreas HORN, Alexianer-Krankenhaus, Krefeld
- Erwin JORDAN, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit,  
Bonn
- Volker KAUDER, MdB, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE,  
Bonn
- Heinrich KUNZE, Ärztliche Direktor des Psychiatrischen Kranken-  
hauses Merxhausen, Bad Emstal, Stellv. Vorsitzender der AKTION  
PSYCHISCH KRANKE
- Knut LEHMANN, Präsident des Landesamtes für Versorgung und Sozia-  
les des Landes Sachsen-Anhalt, Halle
- Andreas MAYWALD, Geschäftsführer, Lebensräume e.V., Bielefeld
- Günter MOSCH, Referent im Referat Psychiatrie und ärztliche Fragen  
des Gesundheitswesens, Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend,  
Soziales und Umweltschutz, Bremen
- Prof. Dr. Peter MROZYNSKI, Jurist. Fachhochschule, München
- Elisabeth PFLÜGER-REIFENBERGER, Caritasverband, Mainz
- Dr. Niels PÖRKSEN, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der von Bo-  
delschwinghschen Anstalten, Bielefeld

## **Verzeichnis der Autoren und Autorinnen**

---

- Peter RASCH, Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, Mainz  
Martina RIKL, Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, Mainz  
Bernhard SCHOLTEN, Psychiatriereferent, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz  
Dr. Bernd SCHULTE, wissenschaftlicher Referent am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München  
Rose-Marie SEELHORST, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker Niedersachsen und Bremen e.V., Barsinghausen  
Joachim SPEICHER, Paritätische Psychiatrische Dienste, Mainz  
Dieter STAHLKOPF, Sozialpädagoge, Karl-Bonhoeffer-Klinik, Berlin  
Joachim STORCK, Sozialtherapeutische Beratungsstelle, Mainz  
Rosel TIETZE, Sozialplanung, Gesundheitsamt, Landeshauptstadt Stuttgart  
Christa WIDMAIER-BERTHOLD, Psychiatrie-Koordinatorin, Landratsamt Esslingen

# **Veröffentlichungen und Informationstagungen der AKTION**

## **seit Übergabe der Psychiatrie-Enquete 1975 bis zum Dezember 1999**

- Band 1**  
*vergriffen* „Gemeindenahe Psychiatrie“  
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Merheim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* „Was nun nach der Psychiatrie-Enquete“  
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt  
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* „Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter“  
Tagung am 2. und 3.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* „Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich“  
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2**  
*vergriffen* „Rechtsprobleme in der Psychiatrie“  
Tagung am 7.10.1977 in Hamburg
- Band 3**  
*vergriffen* „Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht“  
Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* „Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?“  
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4**  
*vergriffen* „Probleme der Versorgung erwachsenen geistig Behinderter“  
Tagung am 27. und 28.9.1979 in Bonn
- Band 5**  
*vergriffen* „Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete“  
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum „Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung“ am 31.1.1980
- Band 6**  
*vergriffen* „Ambulante Dienste in der Psychiatrie“  
Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover
- Band 7**  
*vergriffen* „Drogenabhängigkeit und Alkoholismus“  
Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim

## **Veröffentlichungen und Informationstagungen der AKTION**

---

- Sonderdruck* „Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie“  
*vergriffen* Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn
- Band 8**  
*vergriffen* „Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter“  
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9**  
*vergriffen* „Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung“  
Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn
- Band 10** „Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“  
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** „Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten“  
Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn
- Band 12**  
*vergriffen* „Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Bestandsaufnahme“  
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13**  
*vergriffen* „Psychiatrie in der Gemeinde - die administrative Umsetzung  
des gemeindepsychiatrischen Konzepts“  
Tagung am 5. und 6.12.1984 in Bonn
- Band 14**  
*vergriffen* „Notfallpsychiatrie und Krisenintervention“  
Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn
- Band 15** „Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch  
Kranker - Ein internationaler Vergleich“  
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** „Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Emp-  
fehlungen der Expertenkommission und seine Umsetzungsmög-  
lichkeiten in der Gemeinde“  
Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn
- Band 17**  
*vergriffen* „Inhaltliche Konzepte der therapeutischen Arbeit von  
psychiatrischen Abteilungen“  
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18**  
*vergriffen* „Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung  
- von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen“  
Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal
- Band 19** „Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psy-  
chisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf  
dem Gebiet der ehemaligen DDR“  
Tagung am 29./30. 11. und 1. 12.1990 in Berlin
- nicht  
dokumentiert* Regionalkonferenzen über den Bericht  
„Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“

## **Veröffentlichungen und Informationstagungen der AKTION**

---

- im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg  
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt  
im Land Sachsen am 21. und 22.11.1991 in Arnsdorf  
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg  
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20**  
*vergriffen* „Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen“  
Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn
- Band 21** „Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen“  
Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn
- Sonderdruck* „Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren“  
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck*  
*vergriffen* „Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation“  
Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn
- Band 22**  
*vergriffen* „Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung“  
Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn
- Band 23** „Qualität in Psychiatrischen Kliniken“  
Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn
- nicht dokumentiert* „Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen“  
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
- Band 24** „Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“  
Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn
- Band 25** „Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie“  
Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn
- Band 26** „Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung“  
Tagung am 24. und 25.9.1998 in Bonn

Von 1975 bis 1982 wurden diese Projekte von der BZGA gefördert von 1983 bis 1990 vom BMJFFG, seit 1991 vom BMG. Soweit Tagungsberichte nicht vergriffen sind, können sie – zur Zeit noch – kostenlos bei der Geschäftsstelle AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., Brungasse 4-6. 53117 Bonn bestellt werden.



SCHWIMMBAD  
BANK  
ARBEITSAMT  
1900

Goiffeur  
KINDERHORT  
UNIVERSITÄT

SUCHT- + DROGEN- BERATUNG  
OPFER  
PSYCHIA- TER

PSYCHIA- TER  
KINNO  
BÜRGER- ZENTRUM UHS

DEUTSCH- TÜRKISCHER VEREIN  
VHS

EHE- + FAMILIEN- BERATUNG  
SOZIAL- AMT  
JUGEND- AMT  
GESUND- HEITSAMT  
2. ETAGE

KINNO  
BÜRGER- ZENTRUM UHS

DEUTSCH- TÜRKISCHER VEREIN  
VHS

PSYCHO- THERAPEUTIN  
INTERNET  
Cafe  
Bücherei  
Bücherei

VHS  
VHS

WASCH- SALON  
SELBSTHAFF- FIRMA