

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
– Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen
Versorgung der Bevölkerung –

Zusammenfassung

Auszug aus dem Bericht der Sachverständigen-Kommission

Die Verweise in der Zusammenfassung beziehen sich auf die jeweiligen Kapitel des Berichtes.
Der Bericht (Drucksache 7/4200) und der Anhang zum Bericht (Drucksache 7/4201)
können beim Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg, Postfach 821 bezogen werden.

Zusammenfassung

Gliederung

- A. Die gegenwärtige Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland
— Daten und Fakten —
1. Kritische Würdigung der Situation Seite 6
 2. Häufigkeit psychischer Krankheiten und Behinderungen Seite 6

3. Wesentliche Mängel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Seite 8
- B. Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter
1. Notwendigkeit und Ziele der Reform Seite 16
 2. Grundsätze und Leitlinien Seite 16
 3. Die Empfehlungen im einzelnen Seite 18

A. Die gegenwärtige Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland — Daten und Fakten —

1 Kritische Würdigung der Situation

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland ist dringend verbesserungsbedürftig. Die Situation ist gekennzeichnet durch:

- beträchtliche Lücken in der Versorgung auf allen Gebieten, vorwiegend aber in folgenden Bereichen:
 - a) komplementäre Dienste (z. B. Übergangseinrichtungen sowie Heime und beschützende Wohnangebote vor allem für chronisch Kranke und Behinderte, Tagesstätten) (s. B. 3.4),
 - b) ambulante Dienste (z. B. niedergelassene Nervenärzte, besonders in ländlichen und kleinstädtischen Gebieten, ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen, Beratungsdienste) (s. B. 3.3.2; B. 2; B. 4.2),
 - c) gemeindenaher stationäre Dienste (z. B. Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) (s. B. 3.3; B. 4.2);
- weitgehende Ausklammerung der Versorgung psychisch Kranker aus der allgemeinen Medizin und damit deren Benachteiligung gegenüber körperlich Kranken (s. B. 3.3.1);
- Mangel an qualifiziertem Personal in allen Diensten und Berufsgruppen, vor allem als Folge unzureichender Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. A. 4, G.).

Besonders unzureichend ist die Versorgungslage für folgende Patientengruppen:

- psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche (s. B. 3.7.1),
- Suchtkranke (s. B. 3.9.1),
- chronisch psychisch Kranke, psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte (s. B. 3.7.2; B. 3.8).

Bereits vielfach dokumentiert ist die mißliche Lage der aus dem vorigen Jahrhundert und der Zeit um die Jahrhundertwende stammenden psychiatrischen Fachkrankenhäuser, die mit ihren 98 757 Betten die Hauptlast der stationären Versorgung tragen und insgesamt zu etwa 60 % mit Langzeitpatienten (chronisch Kranken, seelisch und geistig Behinderter) belegt sind. Ihre Bettenzahl ist zu groß, ihre Bausubstanz veraltet, ihre geografische Lage teilweise ungünstig (s. A. 4).

Von den Mißständen in diesem Versorgungssektor ging der Anstoß aus, die Bundesregierung mit der Erstellung einer Enquête zu beauftragen. Obgleich die Träger der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in der Zwischenzeit durch Sofortprogramme erhebliche Summen für die Sanierung und Modernisierung aufgebracht haben, muß die Sachverständigen-Kommission weiter mit Nachdruck fordern, daß vor aller Reform die humanen Grundbedürfnisse der in diesen Krankenhäusern lebenden Patienten befriedigt werden müssen.

2 Häufigkeit psychischer Krankheiten und Behinderungen Vorbemerkung (s. A.2)

Genauere Angaben über die Anzahl psychisch Kranker und Behinderter lassen sich infolge des Man-

gels an ausreichenden epidemiologischen Untersuchungen in diesem Land noch nicht machen. Auf Grund einschlägiger Studien in Dänemark, Schweden, England und der Bundesrepublik Deutschland sowie auf Grund der im Rahmen der Enquête durchgeführten Erhebungen läßt sich jedoch wenigstens die Größenordnung dieses Problems umreißen.

2.1 Umfang des betroffenen Personenkreises

Psychische Krankheiten und Behinderungen sind nicht — wie vielfach noch angenommen — ein quantitativ unbedeutendes Problem. Betroffen ist vielmehr ein sehr erheblicher Teil der Bevölkerung: Etwa jeder dritte Bundesbürger hat bereits einmal in seinem Leben irgendeine psychische Krankheit durchgemacht oder leidet noch daran. In der Bundesrepublik Deutschland sind oder waren demnach rd. 20 Millionen Menschen andauernd, wiederholt oder wenigstens einmal während ihres Lebens in irgendeiner Form unmittelbar betroffen (s. A. 2).

2.2 Konsultationen und Behandlungen

Etwa 70 % der Bevölkerung suchen innerhalb eines Jahres den praktischen Arzt bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin auf. Von diesen weisen etwa 10 bis 20 % psychische Krisen, Krankheiten oder vorwiegend psychisch bedingte körperliche Beschwerden auf. Dies sind 4 Millionen bis 8 Millionen.

Als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig erweisen sich innerhalb eines Jahres dabei 1,8 bis 2 % der Bevölkerung, also rd. eine Million Personen.

Den niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten konsultieren wegen psychischer Krankheiten innerhalb eines Jahres ein Prozent der Einwohner — also rund 600 000 Personen (s. A. 2). Von psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen werden innerhalb eines Jahres 0,25 % bis 0,40 % der Bevölkerung, also rd. 200 000 Personen.

2.3 Zahl der erstmals in Beratung, Untersuchung oder Behandlung kommenden Personen während eines Jahres in der Bundesrepublik Deutschland (s. A.2)

Bei etwa der Hälfte der jährlichen Behandlungsfälle handelt es sich um Ersterkrankungen. 1 bis 1,2 % der Bevölkerung nehmen innerhalb eines Jahres erstmals wegen psychischer Krankheiten oder Behinderungen Kontakt mit Behandlungs- und Beratungsdiensten jedweder Art auf (ca. 600 000 Personen).

Rechnet man die Ergebnisse einer für das Jahr 1965 in Mannheim durchgeführten Studie auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland hoch — was nur unter Einschränkungen zulässig ist — so ergeben sich für die wichtigsten Diagnosen etwa folgende Größenordnungen:

Diagnose	Anteil der Hauptdiagnose in %	Zahl der Ersterkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Jahres
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	30,2	ca. 205 000
Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen und andere Psychosen	17,6	ca. 120 000
Abbauprozesse im Alter	13,8	ca. 95 000
Geistige Behinderungen	13,2	ca. 90 000
Alkoholismus und andere Suchten *)	6,3	ca. 43 000
Cerebrale Anfallsleiden	3,9	ca. 27 000

*) Der Anteil des Alkoholismus und anderer Suchten ist seit 1965 gestiegen, während bei den übrigen Krankheitsgruppen keine erheblichen Veränderungen zu vermuten sind.

2.4 Hospitalisierung und Diagnosen (s. A.2; A.4)

In den 130 psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland mit ihren insgesamt 98 757 Betten befanden sich am Stichtag (30. Mai 1973) 94 197 Patienten. Der Krankenbestand gliedert sich in folgende Diagnosen:

Diagnose	Prozentualer Anteil am Krankenbestand der 130 psychiatrischen Fachkrankenhäuser in %
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	13,0
Schizophrener Formenkreis	36,7
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	8,2
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	4,0
Suchten	9,6
Anfallsleiden	6,0
Schwachsinnformen (geistige Behinderungen)	18,5
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch) sowie übrige Kranke	4,0

Zusammenfassung

Verteilung der Aufnahmen nach Diagnosen
in den Rheinischen Landeskrankenhäusern *)

	1960	1965	1970	1973
Organisch bedingte psychische Erkrankungen und psychische Störungen des höheren Lebensalters	3 013	3 039	3 223	2 882
Schizophrener Formenkreis ..	2 537	2 886	3 692	3 522
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	775	973	1 110	1 429
Psychopathien und abnorme Reaktionen ..	1 133	1 288	1 707	2 087
Alkoholismus ..	513	1 050	2 889	4 535
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit ..	165	241	635	1 095
Anfallsleiden ..	416	383	445	378
Schwachsinnformen	901	897	923	804
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurolog., internist.), übrige Kranke	232	177	347	497
insgesamt ...	9 685	10 934	14 971	17 229

*) Rheinische Landeskrankenhäuser Bedburg-Hau, Bonn, Brauweiler (ab 1969), Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen

In den vergangenen Jahren ist ein ständiger Anstieg der Aufnahmen zu verzeichnen. Die Krankentatistik des Landschaftsverbandes Rheinland verdeutlicht einen Trend, der auch für die Entwicklung bei anderen Trägern typisch sein dürfte: steigende Aufnahmezahlen bei Suchtkranken, insbesondere bei Alkoholikern (s. A. 4).

3 Wesentliche Mängel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

3.1 Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste (s. B. 2)

Dem Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste ist ein Feld vorgelagert, in dem Personen mit psychischen

Krankheiten und Störungen vielfältiger Art auftauchen. Sie werden dort nicht nur professionell beraten und behandelt, sondern kommen auch mit nicht-professioneller Beratung in Berührung. Auch der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin ist wohl am ehesten diesem Bereich zuzurechnen, weil er als Hausarzt häufig die erste Anlaufstelle für psychisch Kranke und Behinderte darstellt. Diesem Vorfeld kommt besondere Bedeutung zu, weil die in ihm tätigen Dienste eine Reihe wichtiger Aufgaben wahrnehmen. Es sind dies:

- Aufgaben der Prävention im Sinne der Früherkennung,
- erste Hilfs- und Beratungsangebote,
- Überweisungen in eine fachgerechte Behandlung.

Folgende gravierende Mängel sind in diesem Bereich festzustellen:

a) Nicht-professionelle Beratung (s. B. 2.1)

Lehrer, Kindergärtnerinnen und Erzieher, verschiedene juristische Berufsgruppen sowie Seelsorger stoßen zwangsläufig auf psychische Störungen, Krankheiten, Lebenskrisen und schwere seelische Konflikte. Sie sind genötigt, Beratungsfunktionen auszuüben, auf die sie zumeist nicht oder nur unzulänglich vorbereitet sind. Die Folge ist: psychische Störungen werden nicht erkannt; sie bleiben unbeachtet oder es wird in unsachgemäßer Weise auf sie reagiert. Vielfach fehlt es an Informationen und Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten.

b) Professionelle Beratung (s. B. 2.1)

Im schulpseudologischen Dienst, im Untersuchungs- und Begutachtungsdienst der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung, beim Gesundheitsamt und vor allem in der Sozialarbeit öffentlicher und freigemeinnütziger Institutionen werden professionelle Beratungen durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Dienste liegt zwar im allgemeinen nicht auf der Erkennung psychischer Störungen und Behinderungen. Dennoch werden sie sehr häufig mit Auffälligkeiten dieser Art konfrontiert. Diese Dienste sind wichtig, vor allem für die Prävention, da sie Einfluß auf Entstehungsbedingungen seelischer Fehlentwicklungen und Krisen nehmen können.

Gemessen daran, was für eine verbesserte Beratung, Früherkennung und Prävention notwendig wäre, fallen besonders folgende Mängel ins Auge:

- schulpseudologische Dienste sind in völlig unzureichender Anzahl vorhanden. Ihre Organisation und die Qualifikation ihrer Mitarbeiter sind sehr uneinheitlich. Überwiegend können sie unter diesen Umständen nur so etwas wie einen pädagogisch-psychologischen Notdienst wahrnehmen. Für Einzelfallhilfe, Bearbeitung psychosozialer Konflikte sowie sachgerechte Beratung der Schule selbst bleiben keine Möglichkeiten.

- Die Berufsberatung ist häufig zu einseitig auf die jeweiligen Erfordernisse des Arbeitsmarktes ausgerichtet. Die besondere Situation der zu beratenden Jugendlichen und Erwachsenen wird zu wenig berücksichtigt. Die Aus- und Fortbildung der Berufsberater vermittelt oft keine ausreichenden psychologischen und tiefenpsychologischen Kenntnisse, die für ihre präventiven und die weitere Lebensentwicklung Gesunder und Behinderter unter Umständen entscheidend beeinflussenden Aufgaben erforderlich sind.
- In den Beratungsdiensten und in der Sozialarbeit der Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter sowie der freigemeinnützigen Träger und Kirchen sind die Möglichkeiten einer qualifizierten Beratung bei psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen vielfach durch Personalstellenmangel, Mangel an finanziellen Mitteln, Überlastung, mangelndem selbständigem Handlungsspielraum und Bürokratisierung der Arbeit eingeschränkt. Möglichkeiten zur speziellen Weiter- und Fortbildung fehlen vielfach. Die systematische Kooperation dieser Dienste untereinander und mit psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten ist fast durchgehend unzureichend.

c) Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben (s. B. 2.2)

Private, öffentliche, kirchliche und freigemeinnützige Träger unterhalten Beratungsstellen mit Aufgaben, die sich auf Probleme der Lebensplanung, Partner- und Gruppenbeziehungen, der Erziehung und Entwicklung beziehen. Sie haben daher unmittelbar mit psychischen Störungen, Krankheiten, Konflikten und Krisen zu tun. Bei quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlicher personeller Ausstattung reichen ihre Möglichkeiten von Information, Beratung, Diagnose und Weiterleitung bis hin zur Therapie.

Die Wirkung dieser Dienste, die umfangreiche Versorgungsaufgaben erfüllen könnten und zum Teil auch erfüllen, wird durch folgende Mängel beeinträchtigt:

- Die Gesamtzahl der Beratungsstellen ist zu gering. Sie sind zudem völlig ungleichmäßig verteilt. Vor allem die ländlichen und kleinstädtischen Bezirke sowie die Wohnbereiche der Unterschichten sind benachteiligt.
- Viele Beratungsstellen sind unzureichend besetzt.
- Nur teilweise verfügen Beratungsstellen über qualifizierte, multidisziplinäre Arbeitsgruppen, die es ihnen möglich machen, auch therapeutische Aufgaben wahrzunehmen.
- Viele Beratungsstellen sind in ihrem Aufgabefeld zu eng auf ein Gebiet (z. B. Ehe-, Sexual-, Erziehungsprobleme) begrenzt. Ihre Tätigkeit kann deswegen den komplexen Fragen der Familie, der Bezugsgruppen und der Umwelt häufig nicht gerecht werden.

- Die Auswahl der Klientel ist zu einseitig auf die Angehörigen der Mittelschichten beschränkt. Der Grund hierfür liegt u. a. in der abwartenden Haltung der Berater. Die meisten Mitarbeiter der Beratungsstellen sehen sich nicht in der Lage, ins soziale Feld zu gehen, sondern warten auf die „Nachfrage“ der Klientel. So werden Angehörige der Unterschicht kaum erreicht.
- Besonders krass ist die Unterversorgung der sozialen Randgruppen, die mit den Beratungsstellen am wenigsten in Berührung kommen.
- Bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Berater werden neuere Verfahren der Familien-, Gruppen- und Sozialtherapie noch ungenügend berücksichtigt.

d) Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin (s. B. 2.3)

Etwa 10 bis 20 % derjenigen, die den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin während eines Jahres aufsuchen, leiden an irgendeiner psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung. Wenn auch der überwiegende Teil dieser Klientel der Fachbehandlung durch den Psychiater oder Psychotherapeuten nicht bedarf, so kann diese Zahlenangabe doch die Filterfunktion des praktischen Arztes bzw. des Arztes für Allgemeinmedizin deutlich machen.

Allerdings konnte er diese Funktion nach seinem bisherigen Weiterbildungsstand nur ungenügend wahrnehmen. Die Belastungen der üblichen Allgemeinpraxis lassen überdies den größeren Zeitaufwand, wie ihn die meisten psychisch Kranken erfordern, kaum zu.

In diesem Zusammenhang muß als Mangel angesehen werden, daß die praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin bisher oft für die ihnen auf dem Gebiete der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zukommenden Aufgaben nicht ausreichend befähigt sind. Sie müssen in der Lage sein,

- die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheitssymptomen zu erkennen,
- bei psychisch Kranken und Behinderten mehr als bisher die richtigen Hilfen anzubieten sowie sozialtherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu vermitteln,
- unter Umständen selbst, wenigstens in gewissem Umfange, psychotherapeutisch tätig zu werden,
- eine Behandlung mit Psychopharmaka in notwendigem Umfang durchzuführen.

3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.2)

Gemessen am Aufwand, mit dem die Krankenhausversorgung vorangetrieben wurde, ist der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Bundesrepublik Deutschland nicht den Erfordernissen angepaßt worden. Dieses Versäumnis ist vor allem für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von herausragender Bedeutung: Diese Patienten be-

Zusammenfassung

dürfen wegen der Eigenart ihres Hilfesuchverhaltens und wegen der starken Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes von sozialen Faktoren ambulanter Behandlung in besonderen Formen und in besonderem Umfang.

Die Mehrzahl aller psychisch Kranken — jährlich schätzungsweise 600 000 — wird gegenwärtig in den Praxen niedergelassener Nervenärzte und Psychotherapeuten behandelt. Psychisch Kranke werden ferner in den Sprechstunden der Hausärzte, in den Polikliniken der Universitätskliniken sowie von einzelnen beteiligten Chefärzten und ermächtigten Nervenärzten ambulant behandelt.

Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken nicht gerecht. Es hat sich nämlich gezeigt, daß derjenige Teil psychisch Kranker, welcher der Vorsorge, insbesondere aber intensiver Nachsorge bedarf, zwischen den Maschen des bestehenden Netzes ambulanter Dienste leicht hindurchfällt. Die Folge sind Wiedererkrankungen, Chronifizierung und Rückschläge bei der Rehabilitation. Viele Wiederaufnahmen im stationären Bereich wären vermeidbar, wenn die ambulante Versorgung ausgebaut und mit der stationären Versorgung verzahnt würde.

Wichtige Aufgaben der ambulanten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die Krisenintervention (möglichst rund um die Uhr), ambulante Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierung und die konsiliarische Behandlung und Betreuung im Bereich der komplementären Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohnangebote etc.) können von den nervenärztlichen Praxen unter gegenwärtigen Bedingungen überhaupt nicht oder nur unzureichend geleistet werden. Es muß daher als eine Fehlentwicklung der Versorgung bezeichnet werden, daß diese ambulanten Aufgaben, welche das Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Nervenärzte sinnvoll ergänzen, noch nicht von den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen wahrgenommen werden können. Diese Lücke ist um so gravierender, als die Versorgungsleistung der niedergelassenen Nervenärzte durch die zu geringe Gesamtzahl der Praxen, ihre unausgewogene Verteilung zwischen städtischen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten sowie gewisse Mängel der Weiterbildung ohnehin beeinträchtigt ist.

In weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland — vor allem den ländlichen Zonen — ist die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung so unterentwickelt, daß neurotisch und psychosomatisch Kranke kaum fachgerechte Behandlung finden können. Sie müßten sich an weit entfernte Dienste wenden, die aber meist durch die Kranken aus dem eigenen Umfeld ausgelastet sind.

Das allgemeine Defizit an ambulanter Versorgung psychisch Kranker wird verschärft durch das weitgehende Fehlen von speziellen ambulanten Angeboten für folgende Patientengruppen:

— Psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche,

- psychisch kranke alte Menschen,
- Suchtkranke,
- Personen mit psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen (Neurosen und psychosomatischen Krankheiten),
- Epilepsie-Kranke.

Im einzelnen ist zu den ambulanten Diensten kritisch zu vermerken:

a) Niedergelassene Nervenärzte (s. B. 3.2.1)

An der kassenärztlichen Versorgung nahmen in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1974 1 041 niedergelassene Nervenärzte teil. Gegenwärtig muß ein niedergelassener Nervenarzt, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt, im Durchschnitt 59 300 Einwohner versorgen. Die allgemein angenommene Minimalzahl von einem Nervenarzt auf 50 000 Einwohner ist bisher nicht erreicht. Hinzu kommt, daß in den nervenärztlichen Praxen ein relativ großer Anteil (ca. ein Viertel bis ein Drittel) neurologisch erkrankter Patienten behandelt wird. Zudem ist die regionale Verteilung der Praxen sehr unausgewogen. Ländliche Gebiete sind meist unterversorgt.

b) Psychotherapeuten (s. B. 4.2)

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nach Feststellungen aus den Jahren 1973/74 1 263 Fachpsychotherapeuten für Erwachsene (davon 566 mit Institutsweiterbildung). Etwa 50 % der ärztlichen Fachpsychotherapeuten sind zugleich Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie; ein nicht geringer Teil sind Psychologen.

Hinzu kommen lediglich 286 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

Die ausgeprägte Konzentration der Fachpsychotherapeuten in Großstädten führt zu Verbesserungslücken in anderen Gebieten.

Nur an elf Orten gibt es psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken oder Ambulanzen. Die ambulante Versorgung wird zum größten Teil von den — in freier Praxis tätigen — Fachpsychotherapeuten getragen. Insgesamt wurden im Jahre 1973 von den RVO- und Ersatzkassen 8 453 Anträge auf Übernahme der Kosten für psychotherapeutische Behandlung genehmigt.

3.3 Stationäre Dienste (s. A. 4)

In der Bundesrepublik Deutschland gab es 1973 3 494 Krankenhäuser mit 707 460 Betten und 8 433 615 Aufnahmen im Jahr. An der psychiatrischen Versorgung beteiligt waren davon nach den Ergebnissen der von der Sachverständigen-Kommission durchgeführten Erhebung (Mai 1973):

- 241 Krankenhäuser
- mit 111 450 Betten
- und 225 676 jährlichen Aufnahmen.

Zur Psychiatrie zählt somit jedes 6. Bett und jede 37. Krankenhausaufnahme.

a) Psychiatrische Fachkrankenhäuser (s. A. 4; B 3.3)

Für den Bürger ist es eine Selbstverständlichkeit, daß er im Falle einer körperlichen Erkrankung das nahegelegene kommunale oder freigemeinnützige Allgemeinkrankenhaus aufsuchen kann. Widerfährt ihm jedoch das Unglück, psychisch so schwer zu erkranken, daß eine stationäre Behandlung erforderlich ist, so muß er in der Regel weite Strecken zurücklegen, um ein psychiatrisches Krankenhaus zu erreichen.

Die 130 Fachkrankenhäuser verfügen über 98 757 Betten. Das bedeutet, daß im Bundesdurchschnitt 1,6 Betten pro 1 000 Einwohner zur Verfügung stehen. 1972 wurden 158 000 Patienten aufgenommen; darunter befanden sich 84 300 Erstaufnahmen. Ein Drittel dieser Häuser hat mehr als 1 000 Betten und liegt damit erheblich über der empfohlenen Höchstgrenze von 600 Betten. Die Bausubstanz der meisten Häuser ist überaltert. Zwei Drittel der Betten befinden sich noch immer in Häusern, die vor 1925 errichtet wurden.

Trotz erheblicher Anstrengungen der Träger, diese Krankenhäuser zu sanieren und zu modernisieren, ergeben die Untersuchungen noch folgende Mängel:

- die Größe der psychiatrischen Krankenhäuser und die daraus resultierende Struktur und Unübersichtlichkeit erhöht das Risiko des Hospitalismus.
- die ungünstige geografische Lage vieler psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Beteiligung an der Vor- und Nachsorge im Rahmen der gemeindenahen Versorgung.
- Die Einzugsgebiete der 66 Fachkrankenhäuser mit festgelegtem Aufnahmebezirk sind zu groß. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Zahl der Einwohner eines solchen Aufnahmebezirktes 937 000. Die durchschnittliche Einwohnerzahl differiert von Bundesland zu Bundesland:

Land	durchschnittliche Einwohnerzahl der Versorgungsbezirke
Hamburg	1 766 000
Rheinland-Pfalz	1 230 000
Nordrhein-Westfalen	1 146 000
Saarland	1 119 000
Niedersachsen	1 031 000
Berlin (West)	1 031 000
Bayern	980 000
Schleswig-Holstein	855 000
Baden-Württemberg	832 000
Bremen	734 000
Hessen	503 000

— Die Verweildauer in den Fachkrankenhäusern liegt wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich höher als in den Fachabteilungen oder psychiatrischen Universitätskliniken. Am Stichtag waren in den Fachabteilungen:

bis zu 3 Monaten:	21 % der Patienten
bis 12 Monate:	12 % der Patienten
1 bis 2 Jahre:	8 % der Patienten
2 bis 5 Jahre:	13 % der Patienten
5 bis 10 Jahre:	15 % der Patienten
über 10 Jahre:	31 % der Patienten

Dies bedeutet: 59 % — knapp 60 000 — lebten länger als zwei Jahre im Fachkrankenhaus, 31 % — knapp 30 000 — sogar länger als zehn Jahre.

— 18,5 % der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern — rund 17 400 — waren am Stichtag geistig Behinderte. Sie können in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht die erforderliche heil- und sozialpädagogische Behandlung erhalten.

— Es gibt in den psychiatrischen Krankenhäusern noch immer Säle mit mehr als 10, sogar mehr als 20 Betten. Nur die Hälfte der Zimmer hat ein bis drei Betten.

Die ärztliche Versorgung ist besorgniserregend.

Nur ein Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser verfügt über eine ausreichende Anzahl von Ärzten. Insgesamt waren am Stichtag in den psychiatrischen Krankenhäusern 1 651 Ärzte tätig. Jeder Arzt ist demnach im Durchschnitt für 59,8 Betten zuständig. 861 Ärzte sind Fachärzte für Psychiatrie oder Psychiatrie/Neurologie. 60 % von ihnen sind über 50 Jahre alt. Durch die Überalterung ergibt sich in den nächsten Jahren ein zusätzlicher erheblicher Nachholbedarf.

— Unter dem Ärztemangel haben vor allem die großen Häuser zu leiden. Je größer ein Krankenhaus, desto ungünstiger ist die Arzt-Betten-Relation:

Größe des psychiatrischen Fachkrankenhauses	Anzahl der Betten je Arzt
bis 100 Betten	27,2
101 bis 500 Betten	41,1
501 bis 1 000 Betten	57,9
1 001 und mehr Betten	66,1

— An den psychiatrischen Krankenhäusern waren am Stichtag lediglich 195 Psychologen beschäftigt. Ein Psychologe ist somit für 506 Betten zuständig. Angesichts der vielen Studienabgänger

Zusammenfassung

- im Fach Psychologie erscheint es bedenklich, daß nur eine so geringe Anzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig wird.
- Beim Pflegepersonal stehen Qualifikationsprobleme im Vordergrund. Von den 23 312 in psychiatrischen stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräften (4,2 Betten je Pflegekraft) haben
 - nur 42,2 % eine staatlich anerkannte Ausbildung;
 - nur 6,0 % eine weitergehende psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Zusatzausbildung.
 - 17,4 % sind Krankenpflegehelfer und -helferinnen;
 - 17,0 % haben keine Krankenpflegeausbildung;
 - 16,8 % befinden sich noch in der Ausbildung.
 - Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter.
 - Von den 542 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten haben nur 26,4 % eine abgeschlossene beschäftigungstherapeutische Ausbildung. Hier wirkt sich der Mangel an Ausbildungsstätten aus. Es gibt bis heute nur 7 in der Bundesrepublik Deutschland.

b) Fachabteilungen (s. A. 4; B. 3.3)

Der Weg, psychisch Kranke wie körperlich Kranke in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu behandeln, ist bislang in der Bundesrepublik Deutschland bedauerlicherweise nur vereinzelt beschritten worden. Es gibt lediglich 44 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit insgesamt 3 164 Betten. Die meisten dieser Abteilungen versorgen neurologische und psychiatrische Patienten. Sie stehen daher zur Versorgung psychisch Kranker nur teilweise zur Verfügung. Von diesen Einrichtungen werden jährlich 26 900 Patienten aufgenommen, darunter 13 800 Erstaufnahmen. Die Verweildauer ist in Fachabteilungen z. T. auch wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich geringer als in den psychiatrischen Krankenhäusern. 83 % der Patienten waren kürzer als zwei Monate, nur 5 % länger als ein Jahr in den Fachabteilungen.

Die regionale Verteilung der Abteilungen ist sehr unterschiedlich. Für weite Gebiete haben sie überhaupt keine Bedeutung. 50 % der Fachabteilungen stehen in Nordrhein-Westfalen. Ihre Anzahl ist zu gering, ihre gegenwärtige Struktur für eine umfassende Versorgung psychisch Kranker unzureichend.

c) Psychiatrische Universitätskliniken (s. B. 3.3.2)

23 psychiatrische Universitätskliniken mit insgesamt 3 507 Betten nehmen an der Versorgung teil. Dabei ist der relative Anteil an stationären Aufnahmen und an ambulanter Versorgung hoch. 87 % der Patienten befanden sich am Stichtag weniger als

drei Monate, nur 1 % dagegen länger als ein Jahr in den Universitätskliniken.

d) Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen (s. B. 4.2.4)

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es — wie eine gesonderte Umfrage 1974 ergab — 40 psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser bzw. Abteilungen. Sie verfügen über 2 253 Behandlungsplätze (Betten). Davon sind 204 bereits in der Erhebung der Sachverständigen-Kommission erfaßt.

1 773 Betten befinden sich in 20 selbständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäusern.

480 Betten stehen in 20 psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen.

Die Behandlungsdauer beträgt im allgemeinen sechs bis acht Wochen.

Wenn auch der Schwerpunkt der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung im ambulanten Sektor liegt, besteht ein Fehlbedarf an stationären Einrichtungen für bestimmte Patientengruppen. Die gegenwärtige stationäre Versorgung ist im ganzen unzureichend und regional sehr unausgewogen.

3.4 Halbstationäre Dienste (s. B. 3.3)

Halbstationäre Dienste — Tages- und Nachtkliniken — sind wichtige Einrichtungen für die Verbesserung der Wiedereingliederungschancen sowie für die Vermeidung und Abkürzung der Vollhospitalisierung. Obgleich ihre Vorzüge seit langem bekannt sind, haben sie sich bislang in der Bundesrepublik Deutschland nur vereinzelt durchgesetzt. Dies hat im wesentlichen zwei Ursachen:

- die Kostenregelung ist noch nicht überall zufriedenstellend gelöst,
- die gemeindeferne Lage vieler großer psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, da deren Patienten auf kurze Wege zwischen Klinik und Wohnung oder Arbeitsstätte angewiesen sind.

3.5 Besondere Alters- und Patientengruppen**a) Kinder und Jugendliche (B. 3.7.1)**

27 % der Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, daß bei 20 bis 25 % aller Schulkinder Auffälligkeiten im Verhalten festzustellen sind, die in irgendeiner Form der Klärung bedürfen. Ein im Rahmen der Enquête durchgeführtes Projekt ergab zusätzlich, daß in einer Großstadt 31 % der Kinder eines Schulanfängerjahrganges Auffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen zeigten:

- 16,3 % wurden im 1. Schuljahr erheblich auffällig;
- 6,0 % wurden vom Schulbesuch zurückgestellt;
- 8,7 % wurden einer Sondereinrichtung zugeleitet.

Diese Zahlen weisen auf einen beträchtlichen Bedarf an beratender, ambulanter und stationärer Behandlung hin, der — wie die entsprechenden Untersuchungen ebenfalls gezeigt haben — auch nicht annähernd gedeckt ist.

Im ambulanten Bereich wird die erforderliche multidisziplinäre Versorgung gegenwärtig zumindest teilweise von den Erziehungsberatungsstellen geleistet. In der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wurden 1973 in der Bundesrepublik Deutschland 375 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern erfaßt. Davon wurden 75 % von klinischen Psychologen geleitet und 25 % von Ärzten. Jede dritte verfügte nicht über die erforderliche Mindestbesetzung von drei Fachkräften; 13 % wurden nur nebenamtlich geführt. Auf eine Arbeitsgruppe entfallen 200 000 Einwohner statt der in älteren Richtlinien der WHO geforderten 50 000 Einwohner.

Die Zahl von 286 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist nicht ausreichend; zu bemängeln ist ferner, daß die elf Ausbildungsstätten insgesamt jährlich nur durchschnittlich 32 Ausbildungsabschlüsse melden können.

Auch in der stationären Versorgung zeigt sich, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine verhältnismäßig eigenständige Disziplin ist. Ein einigermaßen strukturiertes Versorgungssystem ist auch in Ansätzen nicht zu erkennen. Der Nachholbedarf ist hier besonders gravierend.

Bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission konnten von den vorhandenen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen nur 17 mit insgesamt 3 725 Betten erfaßt werden. Bei fünf dieser Einrichtungen handelte es sich um Fachabteilungen, bei 12 um Fachkrankenhäuser der unterschiedlichsten Art und Größe.

Eklatant ist der Mangel an Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bislang sind bei einem langfristigen Bedarf von etwa 1 700 nur 173 Facharztanerkennungen ausgesprochen worden. Nur 28 Ärzte haben eine Praxis eröffnet.

Die Versorgungslücke im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist vor allem auch deshalb folgeschwer, weil hierdurch präventive Maßnahmen, unter anderem auch Früherkennung und Frühbehandlung zur Verhinderung und Minderung späterer Schäden, weitgehend unterbleiben. Es gibt neben einzelnen Abteilungen und Ambulanzen mit entsprechenden Aufgaben nur drei große selbständige Früherkennungszentren in der Bundesrepublik Deutschland.

b) Psychisch kranke alte Menschen (s. B. 3.7.2)

Obwohl rd. 20 % aller hospitalisierten Patienten 65 Jahre und älter sind und obwohl psychische Störungen des höheren Lebensalters mit 20 bis 30 % neben den Suchtkrankheiten und der Schizophrenie an der Spitze der Aufnahme Diagnosen in den psychiatrischen Krankenhäusern stehen, ist es zu einem bedarfsgerechten, übergreifenden Aufbau eines gerontopsychiatrischen Versorgungssystems bislang nicht gekommen. Ungelöst ist vor allem das Problem einer sachgerechten Aufgabenteilung und

Zusammenarbeit zwischen klinischen Institutionen und Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe.

Die starke Zunahme alter Patienten in den letzten Jahren ist zu erklären durch die veränderten Lebensbedingungen und die höhere Lebenserwartung. Der Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung steigt. Heute ist jeder achte Bundesbürger über 65 Jahre, 1980 wird jeder siebte dieses Alter erreicht haben.

Feldstudien zeigen, daß an einem bestimmten Stichtag etwa 25 bis 30 % der über 65jährigen an psychischen Störungen im weitesten Sinne leiden. Nach einer sehr groben Schätzung bedürfen jedoch nur 1 % klinischer Behandlung. Bei etwa 14 % sind ambulante Diagnostik und Therapie erforderlich. Das — auch bei vielen Ärzten — noch immer herrschende Defizit-Modell von der Unheilbarkeit psychischer Altersleiden und der damit verbundene therapeutische Nihilismus führen dazu, daß die heute möglichen Behandlungschancen nur sehr ungenügend genutzt werden.

Unter der schlechten Kooperation zwischen klinischen und sozialen Diensten haben die alten Menschen besonders zu leiden. So wurde in einer nordrhein-westfälischen Erhebung nachgewiesen, daß die Hälfte aller über 65jährigen Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern psychiatrischer Pflege nicht mehr bedürftig war und genauso gut oder besser in Heimen betreut werden könnte, daß aber andererseits ein Viertel der Bewohner von Altenheimen und Altenkrankenhäusern psychiatrischer Behandlung bedurfte, diese aber dort nicht erhielt. Diese Fehlplacierung ist darauf zurückzuführen, daß eine bedarfsgerechte Verteilung psychisch kranker alter Menschen auf die verschiedenen Behandlungsdienste bis heute nicht erfolgt. Die quantitativen Mängel im Bereich der Alterspsychiatrie (es fehlen gerontopsychiatrische Kliniken, ambulante Dienste, Tagesstätten, geeignete Krankenhäuser und Personal) werden noch durch den qualitativen Mangel an Kooperation der vorhandenen Dienste in unnötiger Weise zum Schaden der psychisch kranken alten Menschen verschärft. Der Weg in die Psychiatrie wird dadurch für sie allzu häufig zur Sackgasse.

c) Suchtkranke (s. B. 3.9.1)

Der Alkohol- und Drogenmißbrauch hat in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland in besorgniserregendem Maße zugenommen. Rechnet man 1969 noch mit 600 000 Alkoholkranken, so muß jetzt von 1,2 bis 1,8 Millionen — das sind 2 bis 3 % der Bevölkerung — ausgegangen werden. Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol stieg von 3,2 Liter im Jahre 1950 auf 12,2 Liter im Jahre 1973. Alkoholkranken und Drogenabhängige stellen inzwischen 30 % der Aufnahmen der psychiatrischen Krankenhäuser. Die Zahl der Alkoholdelirien, welche in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen wurden, stieg innerhalb weniger Jahre um 700 % an. Jüngere Menschen und Frauen sind zunehmend gefährdet.

In der Drogen-Szene hat zwar die Zahl der Probierer und Gelegenheitskonsumenten abgenommen.

Zusammenfassung

Doch hat der harte Kern der Rauschmittelabhängigen eher zugenommen. Es muß mit etwa 10 000 jugendlichen Suchtkranken und etwa 40 000 Rauschmittel-Dauerkonsumenten gerechnet werden. Bedeutsam ist der Trend zum kombinierten Gebrauch von Rauschmitteln mit Alkohol, sowie der Anstieg des Konsums „harter“ Drogen, vor allem von Heroin.

Vor diesem Hintergrund wirken die nachfolgenden Mängel in der Versorgung alarmierend:

- der stationäre Bedarf ist in keiner Weise gedeckt. 31 Fachkliniken (ehemalige Heilstätten) mit 3 000 Betten und 46 Suchtstationen an psychiatrischen Krankenhäusern mit 3 227 Betten sind hoffnungslos überfordert, zumal sie wegen der schlechten Vorsorge die Patienten meist erst dann in Behandlung bekommen, wenn diese bereits stark geschädigt sind.
- die internistischen Abteilungen, die meist in den frühen Entwicklungsstadien die erste stationäre Behandlung durchführen, beschränken sich auf die körperliche Entziehung und entlassen die Patienten, ohne daß ein therapeutischer Einfluß auf die noch bestehende psychische Abhängigkeit erfolgt. Das führt zu Rückfällen und weiterem Abstieg.
- Fachambulanzen für Vor- und Nachsorge fehlen. Die Situation im ambulanten Bereich muß trotz der Aktivität zahlreicher Institutionen und Selbsthilfegruppen als weitgehend unzureichend bezeichnet werden.
- Auch halbstationäre Dienste — wichtig für die Stabilisierung nach klinischer Behandlung — fehlen. Das gleiche gilt für Übergangsheime.

3.6 Soziale Randgruppen (Risikogruppen) (s. B. 2.2)

Die sozialen Randgruppen (sozial desintegrierte Einzelpersonen und Familien, verarmte Familien in Notunterkünften und Slums, Nichtseßhafte, Obdachlose usw.) sind eine bislang medizinisch, sozialpädagogisch, psychotherapeutisch und psychiatrisch völlig vernachlässigte Gruppe. Sie weist ein besonders hohes Risiko für psychische Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen und Behinderungen auf. In der Verschränkung von sozialen, wirtschaftlichen und seelischen Belastungen findet sich bei ihr ein hohes Ausmaß an Alkoholismus, Familienzerrfall, Delinquenz, Dissozialität und psychischen Krankheiten.

Es muß als Mangel festgestellt werden, daß dem Problem der sozialen Randgruppen nicht mit dem notwendigen Einsatz der zur Verfügung stehenden Erkenntnisse, sowie der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Psychologie, Sozialpädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie begegnet wird.

3.7 Versorgung geistig Behinderter (s. B. 3.8)

Ein zusammenhängendes System kooperierender Einrichtungen zur Versorgung geistig Behinderter besteht in der Bundesrepublik Deutschland nicht. Exakte Daten über die Anzahl der Behinderten —

insbesondere über die Betreuungsbedürftigen — fehlen. Es wird damit gerechnet, daß 6 von 1 000 Einwohnern geistig behindert sind, also etwa 360 000 Personen. Knapp ein Zehntel der geistig Behinderten (0,55 pro 1 000 bzw. 34 000) ist schwerst- und mehrfachbehindert und bedarf im allgemeinen der stationären Dauerunterbringung.

Die gegenwärtige stationäre Versorgung ist völlig unzureichend. Die entsprechenden Einrichtungen sind überbelegt. Ein besonderes Problem stellen die rd. 17 500 geistig Behinderten dar, welche in den psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind. Diese Einrichtungen können die notwendigen heil- und sozialpädagogischen Förderprogramme nicht zureichend anbieten. Der Anteil geistig Behinderter an der Gesamtzahl aller 94 200 Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern beträgt im Bundesdurchschnitt 18,5 %. Er ist jedoch in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich:

Nordrhein-Westfalen	25,1 %
Hessen	21,3 %
Schleswig-Holstein	21,2 %
Saarland	20,5 %
Rheinland-Pfalz	17,3 %
Niedersachsen	17,0 %
Bremen	13,5 %
Bayern	13,0 %
Berlin	11,9 %
Baden-Württemberg	9,6 %
Hamburg	5,4 %

In der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wurden 93 Heime und Anstalten mit jeweils über 100 Betten festgestellt. In diesen Einrichtungen leben weitere rd. 36 000 geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke.

Ein gefächertes Wohnangebot für die verschiedenen Schweregrade geistiger Behinderung ist bisher nur modellhaft an verschiedenen Stellen in Entwicklung.

Es fehlt an Vorsorgeeinrichtungen zur Früherkennung sowie Frühdiagnose und Frühtherapie.

Ferner fehlen ambulante Hilfen für Familien, die geistig Behinderte zu Hause behalten oder aufnehmen.

Erfreulich ist der starke Anstieg bei der Errichtung neuer Werkstätten für Behinderte in den letzten Jahren. Dennoch muß darauf hingewiesen werden, daß die festgestellten 234 Werkstätten mit insgesamt 17 758 Behinderten (Stand 1973) den Mindestbedarf von einem Werkstattplatz pro 1 000 Einwohner (61 000 Werkstattplätze in der Bundesrepublik Deutschland) bei weitem noch nicht erfüllen. Rund 60 % der in den Werkstätten Beschäftigten waren unter 25 Jahre alt.

3.8 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

Heime, Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte, sonstige beschützende Wohnangebote, Tagesstätten und Patientenclubs für nicht-krankhausbedürftige psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte sind als komplementäre Dienste

wichtiger Bestandteil des Gesamtversorgungssystems. Sie entlasten den klinischen Bereich, ermöglichen oder fördern die Wiedereingliederung und geben den Personen, die zwar nicht krankenhausbedürftig sind, aber eines beschützenden Lebensraums bedürfen, bessere Entfaltungsmöglichkeiten.

In diesem Versorgungssektor fehlen gesicherte Daten über Anzahl der Angebote, sowie über Diagnose, Alter, Herkunft und Fluktuation ihrer Bewohner. Das Bedarfsdefizit ist in jedem Falle — wie in allen vorangegangenen Abschnitten dargestellt — außerordentlich bedrückend, läßt sich jedoch nicht exakt umreißen. Der Mangel an Planung in dieser Grauzone und die daraus erwachsenen Versorgungslücken beeinträchtigen die Versorgung aller Patientengruppen und Behinderten schwerwiegend.

Kritisch vermerkt werden müssen außerdem die qualitativen Mängel mancher Heime. Viele Heime, in denen ehemalige — meist ältere — Patienten psychiatrischer Krankenhäuser betreut werden, sind unzureichend ausgestattet und verfügen nicht über ausreichend qualifiziertes Personal.

3.9 Fehlplacierung und Koordination (s. B. 3.3.1; B. 6)

Das Versorgungssystem für psychisch Kranke und geistig Behinderte ist unkoordiniert gewachsen. Stationäre, komplementäre und ambulante Dienste werden von einer Vielzahl voneinander unabhängiger staatlicher, kommunaler, caritativer und privater Träger betrieben. Psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte stehen im Schnittpunkt der Kompetenzen mehrerer großer Verwaltungsbereiche, nämlich der Gesundheitsfürsorge, der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und der Arbeitsverwaltung.

Weder die Träger noch die Verwaltungen haben bislang Koordinationsformen entwickelt, die den besonderen Bedürfnissen dieses großen Personenkreises auch nur in etwa gerecht würden. Dieser Mangel an Koordination stellt ein Kernproblem der gegenwärtigen Versorgung dar.

Eine verhängnisvolle Folge des planlosen Nebeneinanderher-Arbeitens nahezu aller Dienste und Verwaltungen ist die Fehlplacierung. Besonders drastisch nachgewiesen wurde sie in einer Studie über psychisch gestörte alte Menschen in Nordrhein-Westfalen, die ergab, daß 50 % der über 65jährigen Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr psychiatrisch behandlungsbedürftig waren und besser in Heimen betreut werden könnten. Fehlplaciert sind ferner die meisten der über 17 000 geistig Behinderten in den psychiatrischen Krankenhäusern. Fehlplaciert sind Alkoholsüchtige auf internistischen Stationen. Fehlplaciert sind nicht-krankenhausbedürftige chronisch Kranke in psychiatrischen Krankenhäusern. Fehlplaciert sind viele psychosomatisch Kranke in inneren Kliniken.

Das „Misplacement“ durchzieht das gesamte Versorgungssystem und charakterisiert den erheblichen Rückstand in Planung und Koordination drastischer als jedes andere Phänomen.

3.10 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Neben einer ausreichenden Quantität der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen — die gegenwärtige Situation läßt bei einzelnen Berufen in unterschiedlichem Ausmaß einen unabgedeckten Bedarf erkennen (s. A. 4; G.) — ist deren Qualifikation von entscheidender Bedeutung. Diese Qualifikation hängt im wesentlichen von Art und Ausmaß des Angebotes an Aus-, Weiter- und Fortbildungsgängen für alle an der Versorgung Beteiligten ab. Die Grundausbildungen bei vielen, primär nicht auf dem Bereich der Psychiatrie bzw. Psychotherapie/Psychosomatik spezialisierten Berufen berücksichtigten bisher nicht ausreichend die für eine spätere Tätigkeit in diesen Bereichen erforderlichen Belange. Mit Ausnahme der ärztlichen Weiterbildung fehlt es weitgehend an Weiterbildungsmöglichkeiten. Besonders gravierend ist der Mangel an systematischen Fortbildungsmöglichkeiten.

Bestehende Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge sind lückenhaft und unausgewogen. In den Bildungsgängen vieler medizinischer Berufe stehen oft einseitig die biologischen Gesichtspunkte im Vordergrund unter Vernachlässigung der psychologischen und der sozialen Aspekte der psychischen Störungen und Behinderungen sowie deren Beeinflussungsmöglichkeiten.

Vielfach erfolgen Aus- und Weiterbildung zu wenig praxisbezogen. Viele für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unerläßliche Fähigkeiten und Kenntnisse können aber nur im — die Ausbildung begleitenden — täglichen Umgang mit diesen Patienten erworben werden.

Im Hinblick auf die psychotherapeutisch/psychosomatischen Bedürfnisse führen die gegenwärtigen Ausbildungsmängel zu erheblichen Konsequenzen in der Versorgung. In den Curricula der Ausbildungsgänge für Angehörige aller Berufsgruppen, die mit medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Methoden präventive, beratende und therapeutische Aufgaben zu bewältigen haben, ist das hierzu erforderliche psychosoziale Grundlagenwissen bisher nicht genügend berücksichtigt worden. Besonders für diese Gruppen fehlen Fortbildungsmöglichkeiten, da ein täglicher Umgang mit psychosozialen Konflikten besser bewältigt werden kann bei ausreichenden Angeboten am Ort der Berufsausübung mit der Möglichkeit zu Erfahrungsaustausch und Supervision. Weiterbildungsgänge für Psychotherapie und Psychosomatik sind erst in Ansätzen (z. B. in der Medizin) verwirklicht und fehlen in anderen Bereichen ganz, außerdem ist ein erheblicher Mangel an Institutionen der Weiterbildung zu verzeichnen (s. C. 4).

Die bestehenden Mängel und Versäumnisse in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der für die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten verantwortlichen Personen haben deswegen besonders schwerwiegende Auswirkungen und Folgen, weil sie nicht durch Sofortmaßnahmen ausgeglichen oder behoben werden können und sich daher besonders nachhaltig und langfristig auswirken.

B. Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1 Notwendigkeit und Ziele der Reform (s. B. 1)

Die Mängel in der Versorgung sind schwerwiegend. Sie erfordern eine Neuordnung. Durch diese muß erreicht werden:

- daß psychische Krankheiten und Behinderungen früh genug erkannt und beeinflußt werden, um schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abwenden zu können;
- daß bei Behandlungsbedürftigkeit durch ambulante und komplementäre Angebote die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts verringert wird;
- daß die Ausgliederung der Kranken und Behinderten aus ihren Lebensbereichen vermieden wird;
- daß die psychiatrischen Krankenhäuser personell, baulich und organisatorisch in die Lage versetzt werden, Krankheit und Behinderung tatsächlich zu lindern oder zu beheben.

2 Grundsätze und Leitlinien (s. B. 1; B. 3.1)

2.1 Bedeutung sozialer Einflüsse/Prävention

Die Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer Chronifizierung beitragen können — vor allem in den Bereichen der Erziehung, der Arbeit und des Wohnens — machen es erforderlich:

- solchen Zusammenhängen sowie
- den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und
- Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und die Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.

2.2 Aufklärung der Öffentlichkeit/ Schulung der Bezugspersonen (s. A. 3)

Die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Gesundheit muß intensiviert werden. Berufsgruppen, die häufig als erste mit psychisch Gestörten konfrontiert werden, müssen geschult werden, damit sie rechtzeitig Hilfe einleiten können.

2.3 Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen (s. B. 2.1)

Die Vorsorge im Sektor der psychischen Gesundheit muß bereits im Vorfeld fachtherapeutischer Dienste einsetzen. Um die Prävention hier voll auszuschöpfen, müssen

- pädagogische, sozialtherapeutische und beratende Dienste
- sowie Selbsthilfegruppen der Betroffenen planmäßig gefördert werden.

2.4 Berücksichtigung aller psychisch Kranken, Behinderten und von Behinderung Bedrohten (s. B. 3.1.1)

Die psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung muß als ein umfassendes Angebot *allen* von psychischer Krankheit oder von Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dieses Prinzip der umfassenden Versorgung bedingt, daß der Bedarf aller in Frage kommenden Personengruppen innerhalb eines überschaubaren Versorgungsgebietes von Diensten jeglicher Art befriedigt wird.

2.5 Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems *)

Ein umfassendes, bedarfsgerechtes Versorgungssystem muß für Vor- und Nachsorge sowie für klinische Behandlung innerhalb eines bestimmten Versorgungsgebietes folgende Dienste anbieten:

- Beratungsdienste;
- ambulante Dienste (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante Dienste der Krankenhauseinrichtungen und andere Institutionen);
- stationäre Dienste (Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäuser);
- halbstationäre Dienste (Tages- und Nachtkliniken);
- komplementäre Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Schwerstbehinderte und Mehrfachbehinderte, beschützende Wohnungen, Tagesstätten, Patientenclubs);
- rehabilitative Dienste (Werkstätten für Behinderte, beschützende Arbeitsplätze, Berufsbildungs- und Förderungswerke).

2.6 Koordination und Zusammenarbeit/Planung/ Datensammlung (s. B. 6)

Die Planung des Versorgungssystems liegt in der Kompetenz der Länder. Die Koordination und Zusammenarbeit der Dienste muß durch Institutionen auf der Ebene der Kommunen und Kreise garantiert

*) s. Sondervotum von Dr. J. Schmitz-Formes, S. 424.

werden. Für den Aufbau einer sachgerechten Planung ist die Sammlung und Auswertung aller relevanten Daten unerlässlich.

Die Kooperation und Koordination aller Dienste ist vor allen Dingen erforderlich, um

- die Fehlplacierung zu vermeiden,
- Doppel- und Mehrfachbetreuungen zu verhindern,
- die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen,
- Lücken im Versorgungssystem durch einen kontinuierlichen, flexiblen Anpassungsprozeß zu schließen.

2.7 Gemeindenaher Versorgung (s. B. 1; B. 3.1)

Alle Dienste müssen gemeindenaher eingerichtet werden. Insbesondere können halbstationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste nur erfolgreich arbeiten, wenn sie sich in unmittelbarer Nähe von Arbeitsstätten, Wohngebieten, Sozialeinrichtungen und Behörden befinden. Die Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in Einrichtungen, die in zu großer Entfernung von ihrem Lebensbereich liegen, ist nur dort gerechtfertigt, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote großräumig konzentriert werden müssen.

Beim Prinzip der gemeindenaher Versorgung müssen die unterschiedlichen Bedingungen in ländlichen Gebieten und in Ballungsräumen berücksichtigt werden.

2.8 Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser (s. B. 3.1)

Die großen psychiatrischen Krankenhäuser müssen verkleinert oder in überschaubare Abteilungen (Funktionsbereiche) aufgliedert werden, weil

- ihre ungünstige Lage und die Größe ihrer Aufnahmebezirke es ihnen erschwert, sich überall in ihrem Einzugsgebiet an der gemeindenaher Versorgung zu beteiligen,
- die Verweildauer mit der Distanz zwischen Wohnort und Behandlungsort steigt und die Wiedereingliederungschancen entsprechend sinken,
- mit dem Ansteigen der Verweildauer das Risiko des Hospitalismus wächst.

2.9 Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte (s. B. 3.1)

Die Versorgung psychisch Kranker und erwachsener geistig Behinderter muß getrennt werden. Geistig Behinderte leben in psychiatrischen Krankenhäusern überwiegend nur deshalb, weil andere beschützende Wohnangebote für sie fehlen. Das Krankenhaus ist für ihre Behandlung und Betreuung prinzipiell nicht geeignet. Die Behinderten bedürfen vielmehr überwiegend solcher Einrichtungen, die folgendes bieten:

- beschützende Wohnsituation mit angemessenem Freiheitsraum,
- heilpädagogische, sozialtherapeutische und rehabilitative Versorgung,
- beschützende Werkstätten,
- ärztlich-psychiatrischen Konsiliardienst.

Die Entwicklung eines eigenständigen Versorgungssystems für geistig und seelisch Behinderte ist vorrangig. Die Vernachlässigung dieser Gruppen kann nicht länger hingenommen werden. Der Aufbau von komplementären Diensten (Heimsektor) für Behinderte ist durch Gesetz zu regeln.

2.10 Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen (s. B. 3.1)

Die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit in psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachdiensten muß bei der Organisation der Institutionen berücksichtigt werden. Wesentlich stärker als im Bereich der Allgemeinmedizin bestimmen soziale und psychologische Faktoren den Charakter vieler — gerade auch chronisch verlaufender — psychischer Krankheiten. Ihre Bedeutung für Manifestation, Verlauf und Prognose sind daher in alle diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen miteinzubeziehen. Medizinische, psychologische, psychotherapeutische, soziale und heilpädagogische Hilfen müssen sich gegenseitig ergänzen. Sie bilden bei der Behandlung psychisch Kranker und Behinderter eine Einheit. Die Gegenüberstellung einer „medizinischen“ und einer „sozialen“ Psychiatrie ist unangemessen.

2.11 Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker (s. B. 3.1)

Der psychisch Kranke muß dem körperlich Kranken gleichgestellt werden. Alle noch bestehenden Benachteiligungen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht müssen beseitigt werden.

2.12 Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung (s. B. 3.1.3)

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin sein. Ihre Gesamtversorgung ist in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge einzugliedern. Diese Integration in die Gesamtmedizin bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

2.13 Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. C.)

Alle Reformbestrebungen müssen Hand in Hand gehen mit einer planmäßigen Aus-, Weiter- und Fort-

Zusammenfassung

bildung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Verbesserung der Qualifikation der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Reformen.

2.14 Intensivierung und Förderung der Forschung (s. F)

Voraussetzung für die Verbesserung des Versorgungssystems und der Behandlungsmöglichkeiten ist eine planmäßige Intensivierung und Förderung der Forschung im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie/Psychosomatik.

3 Die Empfehlungen im einzelnen

3.1 Beratungsdienste (s. B. 2)

3.1.1 Nicht-professionelle und professionelle Beratung im Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste (s. B. 2.2.1)

für Berufsgruppen, die in besonderem Maße mit psychisch gestörten Menschen konfrontiert werden oder es mit den Entstehungsbedingungen und Auswirkungen von psychischen Störungen zu tun haben, nämlich

- Lehrer, Kindergärtnerinnen, Erzieher,
- juristische Berufe in den verschiedenen Organen der Rechtspflege,
- kirchliche Seelsorger,

für die Mitarbeiter in öffentlichen Institutionen mit professionellen Beratungsaufgaben, insbesondere

- schulpyschologische Dienste,
- Berufsberatung, Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung,
- Gesundheitsämter.

Vor allem für Sozialarbeiter in Jugend- und Sozialämtern, Strafanstalten, Gesundheitsämtern, Betrieben und Einrichtungen freigemeinnütziger Träger wird empfohlen:

1. Stärkere Berücksichtigung von Kenntnissen aus den Gebieten der Psychologie, insbesondere der Tiefen-, Lern- und Sozialpsychologie, Psychotherapie und Psychiatrie bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung.
2. Einrichtung ständiger Beratungs- und Supervisionmöglichkeiten durch psychiatrische und psychotherapeutische Dienste, bzw. entsprechend qualifizierte spezielle Beratungsdienste, oder durch Voll-, Teilzeit- oder Konsultationsverträge mit entsprechenden Fachleuten.

Ferner wird empfohlen:

3. Rascher Ausbau der schulpyschologischen Dienste und Weiterbildung von Lehrern zu Bera-

tungslehrern mit Kompetenz für die Bearbeitung psychosozialer Konflikte und Krisen.

4. Vermehrung der Stellen für sozialpädagogische Mitarbeiter in Schulen, Heimen und im Justizvollzug.
5. Koordination der öffentlichen Institutionen, welchen Beratungsaufgaben obliegen, mit der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung.

3.1.2 Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben (s. B. 2.2.2)

Eine wichtige Aufgabe im Vorfeld erfüllen die Beratungsstellen der privaten, kirchlichen, freigemeinnützigen und öffentlichen Träger, die es ihrer Funktion entsprechend größtenteils unmittelbar mit psychischen Störungen, Konflikten und Krisen zu tun haben. Das gilt vor allem für Familien-, Erziehungs-, Lebens-, Ehe-, Jugend-, Alten-, Sexual-, Lebensmüden-, Drogen- und Alkoholiker-Beratungsstellen. Für diesen Sektor wird empfohlen:

1. Vermehrte Einrichtungen von Beratungsstellen unter Berücksichtigung folgender Schwerpunkte:
 - a) Bevorzugung bislang nicht versorgter oder unterversorgter Gebiete.
 - b) Personelle Besetzung mit qualifizierten multidisziplinären Arbeitsgruppen, denen es möglich ist, auch ambulante therapeutische Aufgaben gemeindenah wahrzunehmen.
2. Zusammenfassung von Familien-, Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung bei der Einrichtung neuer Beratungsstellen, mit einer entsprechend differenzierten personellen Besetzung. Kooperative Zusammenführung bestehender Beratungsstellen mit diesen Aufgabenbereichen.
3. Erprobung des Modells psychosozialer Kontaktstellen (s. B. 2.2.5) als Einrichtungen, welche integrierten Beratungsdiensten für besondere Bereiche bevölkerungsnah vorgeschaltet sind. Sie sollen sowohl Hilfe in akuten Konfliktsituationen anbieten oder vermitteln als auch präventiv tätig sein.
4. Organisation der Beratungsarbeit für soziale Randgruppen in deren Lebens- und Wohnbereichen.
5. Ausbau der Beratungsstellen für Studierende an den Hochschulen.
6. Koordination der Beratungsstellen mit den psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten im engeren Sinne.
7. Ausbau von Beratungs- und Supervisionsangeboten für die an der allgemeinen nicht-professionellen und professionellen Beratung beteiligten Personen und Institutionen.
8. Überprüfung und Neuordnung der Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge und der Fortbildungsangebote, die für die Tätigkeit in multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppen der Beratungsstellen qualifizieren sollen.

3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.3.2)

3.2.1 Der niedergelassene Nervenarzt (s. B. 3.3.2.1)

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nahmen am 31. Dezember 1974 1 041 niedergelassene Nervenärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil. Geht man von den absoluten Zahlen aus, so wird der größte Teil psychisch Kranker von ihnen ambulant behandelt.

Neben einer Vermehrung der nervenärztlichen Praxen bis mindestens zu einer Richtzahl von etwa einer Praxis auf 50 000 Einwohner ist vor allem mit geeigneten Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß es zu einer ausgewogeneren Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte zwischen dichtbesiedelten Gebieten, Kleinstädten und ländlichen Zonen kommt, um eine *gleichmäßige* Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte lassen sich folgende Empfehlungen aussprechen:

1. Die nervenärztliche Weiterbildung muß intensiviert werden. In die Weiterbildung muß das Erlernen verschiedener psychotherapeutischer Methoden eingeschlossen sowie eine Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich eingefügt werden. Die Intensivierung der nervenärztlichen Weiterbildung darf nicht zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit führen.
2. Der Informationsfluß und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Nervenärzten, klinischen Fachinstitutionen, den sozialen Diensten und psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen sowie mit Kollegen anderer Fachdisziplinen, besonders praktischen Ärzten sowie Ärzten für Allgemeinmedizin, ist zu fördern und zu verbessern.
3. Die Mitarbeit von sozialtherapeutischem Personal (Sozialarbeiter) und verwandten Berufen in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes sollte durch entsprechende Regelungen ermöglicht werden.
4. Die Kooperation von Ärzten gleicher und auch verschiedener Fachrichtungen in Gruppenpraxen oder Praxisgemeinschaften unter Einschluß „klinischer Psychologen“ ist zu intensivieren.

3.2.2 Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen (s. B. 3.3.2.2)

Die in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Trennung zwischen Behandlung im stationären und ambulanten Sektor wird im speziellen Bereich einer gemeindeorientierten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zunehmend als gravierender Mangel empfunden. Die beiden Behandlungssektoren ergänzen sich unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht zu einem Gesamtsystem, in welchem der Bedarf an notwendiger Behandlungsleistung voll abgedeckt ist. Ein Teil psychisch Kranker und Behinderter ist demzufolge vor allem auf dem Ge-

biet der Nachsorge quantitativ und qualitativ unzureichend oder überhaupt nicht versorgt.

Die Sachverständigen-Kommission hält es daher für erforderlich, daß

- die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teils der psychisch Kranken durch ambulante Aktivitäten, die von den stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgehen, gefüllt wird;
- ambulante Aktivitäten dieser Art einen ausgesprochen aktiv nachgehenden, aufsuchend-ambulanten Charakter haben müssen.

Dem ambulanten Dienst an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen sollen insbesondere folgende Aufgaben zufallen:

1. Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation;
2. Ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationären Aufnahmen;
3. Krisenintervention in Ballungsgebieten (rund um die Uhr), um bei akuten Krisen wie Suicidandrohung, Erregungszuständen etc. vor Ort im Versorgungsgebiet behandelnd und beratend eingreifen zu können;
4. Konsiliarische Behandlung, Beratung und Betreuung bei Einrichtungen, die psychisch Kranke und Behinderte in irgendeiner Form versorgen (z. B. Alters- und Pflegeheime, sonstige Heime etc.).

Die von der Sachverständigen-Kommission geforderten ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen sollen nicht etabliert werden, um den niedergelassenen Ärzten Konkurrenz zu machen, sondern um das Gesamtsystem um einen wesentlichen Bestandteil bedarfsgerechter Versorgung zu ergänzen.

3.2.3 Ambulante fachpsychotherapeutische Dienste (B. 4.2.3 *)

Ambulante psychotherapeutische Behandlung findet in den selbständigen Praxen von Fachpsychotherapeuten und in Polikliniken bzw. Ambulanzen statt, welche psychotherapeutisch/psychosomatischen Universitätskliniken, Fachkliniken bzw. Abteilungen oder psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten angegliedert sind.

Zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereiches wird empfohlen:

1. Ausbau bereits bestehender und Schaffung neuer psychotherapeutischer Polikliniken,
2. Schaffung von Ambulanzen für Kinder und Jugendliche als Bestandteil psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an Kinderkrankenhäusern und an Weiterbildungsinstituten für Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

*) s. Fußnote zu B.4

Zusammenfassung

In Gebieten ausgeprägter Unterversorgung wird ferner empfohlen, modellhaft ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtungen zu fördern. Diesem Versorgungsmodell, das flexibel den örtlichen Bedingungen angepaßt, von verschiedenen Ausgangskernen her entwickelt werden kann, könnten folgende Aufgaben zugewiesen werden:

- psychotherapeutische Beratung, Weiterleitung von psychisch Gestörten und Kranken, in begrenztem Umfang Behandlung, Prävention;
- Kooperation mit praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin, Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Sozialdiensten, Nachsorgeeinrichtungen etc.;
- psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche sowie Familien.

3.3 Stationäre Dienste**3.3.1 Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen (B. 3.3)**

Zur zukünftigen Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung macht die Sachverständigen-Kommission folgende Empfehlungen:

1. Grundtypus der psychiatrischen stationären Versorgung ist das *psychiatrische Behandlungszentrum*. Das psychiatrische Behandlungszentrum kann realisiert werden
 - als *psychiatrische Abteilung* am Allgemeinkrankenhaus,
 - als *psychiatrisches Krankenhaus*.
2. Geeigneten psychiatrischen stationären Krankeneinheiten muß ein *Pflichtaufnahmegerbiet* zugewiesen werden. Der Umfang der einer Krankeneinheit zugewiesenen Versorgungsleistung muß in angemessenem Verhältnis zu deren Größe und der Leistungsfähigkeit ihrer Dienste stehen.
3. Psychiatrische Abteilungen und psychiatrische Krankenhäuser müssen so dimensioniert und strukturiert sein und mit den diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Standardversorgungsgebietes kooperieren, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor zum Nachteil beider Patientenkategorien vermieden wird.
4. Psychiatrische Abteilungen sollen, wo immer dies möglich ist, an allgemeinen Krankenhäusern errichtet werden. Die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kann aber nur dann zweckentsprechend vorangetrieben werden, wenn hierbei die Situation der psychiatrischen Versorgung im Standardversorgungsgebiet berücksichtigt wird. Der Aufbau der Versorgung ist derart vorzunehmen, daß sich die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes *sinnvoll einfügt*.
5. Die Bettenkapazität der psychiatrischen Abteilung ist vom Bedarf und der Verteilung therapeutischer, betreuender und rehabilitativer Angebote im Standardversorgungsgebiet abhängig. Als Richtgröße empfiehlt die Sachverständigen-Kommission rd. *200 Betten*.
6. Die geforderte Einfügung der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in die umfassende Versorgung eines Standardversorgungsgebietes muß wirkungsvoll *sichergestellt* werden.
7. Psychiatrische Krankenhäuser können zur Deckung des Bedarfs in funktioneller Zuordnung, aber räumlich getrennt — z. B. in der nächstgelegenen Stadt — selbst psychiatrische Abteilungen betreiben (Satellitenmodell).
8. Nicht überall läßt sich der Aufbau einer bedarfsgerechten umfassenden Versorgung mit der Anbindung einer psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus verwirklichen. Deswegen muß dort, wo dies nicht anders möglich ist, die Errichtung eines *psychiatrischen Krankenhauses* ins Auge gefaßt werden, obgleich hierbei Nachteile für eine enge Verbindung der Psychiatrie mit der Allgemeinmedizin in Kauf zu nehmen sind. Die Gesamtbettenzahl des in der Regel wirtschaftlich und ärztlich selbständigen Krankenhauses soll im Rahmen wirtschaftlich vertretbarer Dimensionen *500 bis 600* nicht übersteigen.
9. Selbständige psychiatrische Krankenhäuser sollen so gegliedert sein, daß sie alle Kategorien von psychisch Gestörten in den dafür erforderlichen Abteilungen und Sondereinrichtungen versorgen, soweit diese nicht auf diagnostische, therapeutische oder rehabilitative Spezialeinrichtungen im übergeordneten Versorgungsgebiet angewiesen sind.
10. Bei der Neugründung von psychiatrischen Behandlungszentren sollte darauf Wert gelegt werden, daß nur solche *Teilbereiche* (Abteilungen) gebildet werden, die eine gewisse oder eindeutige Selbständigkeit innerhalb der Psychiatrie erreicht haben. Dies sind:
 - die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung,
 - die gerontopsychiatrische Versorgung,
 - die Versorgung Suchtkranker,
 - die Versorgung psychisch kranker Straftäter.
11. Zur Sicherstellung der umfassenden Versorgung erscheint es notwendig, eine *Intensivstation* in den psychiatrischen Krankenhäusern vorzuhalten.
12. Selbständige *neurologische Abteilungen* von mindestens 40 bis 60 Betten sollten immer dann einem psychiatrischen Behandlungszentrum angegliedert werden, wenn der Bedarf im Versorgungsgebiet dies eindeutig erforderlich macht.

13. Es ist wünschenswert, daß die psychiatrischen Behandlungszentren *psychotherapeutische Abteilungen* einrichten. Das Schwergewicht solcher Abteilungen soll ganz überwiegend auf der Wahrnehmung von Tätigkeiten im Sektor der äußeren und inneren Ambulanz liegen.

3.3.2 Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen (B. 3.1.2.6.2)

Die Bereitstellung bedarfsgerechter Krankenhauseinrichtungen allein reicht nicht aus, den Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter während ihrer Hospitalisierung gerecht zu werden und die Möglichkeiten moderner psychiatrischer Behandlung auszuschöpfen.

Die Sachverständigen-Kommission sieht in einem ausreichenden Standard zur Befriedigung humanitärer Bedürfnisse eine Grundforderung (s. G 1). Ein eigener Bereich für das persönliche Eigentum und persönliche Kleidung muß eine Selbstverständlichkeit werden. Da ein großer Teil der Patienten nicht bettlägerig ist, muß auch eine ausreichende Zahl wohnlich ausgestatteter Aufenthalts- und Gruppenräume vorhanden sein. Psychiatrische Stationen sollten — soweit wie irgend möglich — offen geführt werden. Die Patienten sollten sich innerhalb des Krankenhauses und möglichst auch außerhalb bewegen und ihre Angehörigen empfangen können. Auch sollten psychiatrische Stationen so konzipiert werden, daß eine gemischt-geschlechtliche Unterbringung möglich wird.

Von ganz entscheidender Bedeutung in Therapie und Rehabilitation psychisch Kranker ist die Ablösung des kustodialen und die Patienten passivierenden Stils durch ein von den Patienten aktiv mitgetragenes therapeutisches Programm. Dieses besteht innerhalb einer sinnvollen Gliederung des Tagesablaufs in einem reichhaltigen Angebot vor allem an gruppen-, beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Veranstaltungen, an Sport- und Freizeitmöglichkeiten und an anderen kommunikationsfördernden Aktivitäten, die auf der Station oder in hierfür zu schaffenden zentralen Einrichtungen angeboten werden. Dabei bilden die stetige Zusammenarbeit der Patienten untereinander und mit den therapeutischen Mitarbeitern sowie die Möglichkeit ihrer gemeinsamen Mitwirkung am Tagesablauf ein wesentliches Moment kommunikativen und sozialen Trainings.

Die Gestaltung eines therapeutischen Milieus und eines zeitgemäßen therapeutischen Stils sind unverzichtbare Elemente der psychiatrischen Behandlung. Sorgfältige Untersuchungen haben gezeigt, daß durch gezielte Veränderungen im Sinne der angeführten Gesichtspunkte die Zahl und der Schweregrad vor allem solcher Behinderungen, die bisher durch die Institution selbst hervorgerufen wurden, deutlich abnimmt.

Auch die Zusammenarbeit der in den psychiatrischen Einrichtungen tätigen Berufsgruppen wird zur Verwirklichung dieser Ziele enger als bisher sein und in regelmäßigen Besprechungen ihren

Ausdruck finden. Der Arzt wird hierbei einige seiner traditionellen Funktionen an andere Mitarbeiter, z. B. Schwestern und Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten etc. abgeben können. Der Patient selbst wird in einem solchen System allseitiger Zusammenarbeit nicht mehr lediglich als passives Objekt, sondern als Beteiligter angesehen werden, der in die Lage versetzt wird, die Gestaltung seines Lebens aktiv und selbstverantwortlich im Rahmen des Möglichen mit in die Hand zu nehmen.

3.3.3 Patientenanwalt und Fachbeirat (s. B. 3.1.2.6.4; B. 3.1.2.6.5)

1. Es erscheint geboten, die Institution des *Patientenanwalts* durch entsprechende Gesetzgebung zu schaffen. Der Patientenanwalt hat die Funktion einer unabhängigen Appellationsstelle für stationär untergebrachte Kranke und Behinderte jedweder Art.
2. Ferner wird in Weiterentwicklung der sogenannten Begehungskommissionen, welche es in einzelnen Bundesländern bereits gibt, und in Anlehnung an ausländische Vorbilder ein unabhängiger Fachbeirat empfohlen, der für die psychiatrischen Krankenhaus- und die Behinderteneinrichtungen zuständig ist. Der Fachbeirat ist bei der Landesregierung zu verankern. Der Kontrollbeirat soll neben seiner allgemeinen Überwachungsfunktion in den Krankenhaus- und Behinderteneinrichtungen und ihren Teilbereichen auch beratende Aufgaben wahrnehmen.

3.3.4 Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen (s. B. 4.2.4 *)

Wenngleich der Schwerpunkt der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung im ambulanten Bereich liegt, sind darüber hinaus psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen und Krankenhäuser für bestimmte Patientengruppen erforderlich. Dabei wird der stufenweise Aufbau einer differenzierten stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung, die je nach der Struktur der einzelnen Einrichtungen unterschiedliche Aufgaben erfüllen kann, angestrebt. Die stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen sollen in der Regel mit einer Ambulanz kombiniert werden.

Vorrangig wird im einzelnen folgendes empfohlen:

1. Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an psychiatrische Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser der Haupt- und Schwerpunktversorgung mit innerer und äußerer Ambulanz.
2. Der Ausbau bestehender und bedarfsgerechte Schaffung neuer eigenständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser.

In weiteren Schritten einer langfristigen Verwirklichung wird ferner empfohlen:

*) s. Fußnote zu B.4

Zusammenfassung

3. Die Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Rehabilitationskrankenhäuser.
4. Die Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Kinderkrankenhäuser.
5. Die Einrichtung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Universitäten und Weiterbildungsinstituten.
6. Die Einrichtung kleiner psychotherapeutisch/psychosomatischer Kliniken mit ca. 50 Betten als Spezialkliniken für besondere Patientengruppen.
7. Die Neueinrichtung selbständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche.

3.4 Halbstationäre Dienste (s. B. 3.3)

Halbstationäre Einrichtungen (Tages- und Nachtkliniken) sind als wichtige Glieder der Behandlungskette wesentliche Bestandteile des Versorgungssystems. Sie sind eine entscheidende Voraussetzung für die gestufte Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher, den Aufbau und Ausbau halbstationärer Dienste, wo immer möglich, in Angriff zu nehmen oder zu fördern.

3.4.1 Tageskliniken (s. B. 3.3.3)

1. Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker mit ausreichend stabilem sozialen Hintergrund, die sich für eine begrenzte Zeit nur tagsüber dort aufhalten, während sie den Abend und die Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen.
2. Tageskliniken müssen über die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie vollstationäre psychiatrische Krankenhauseinrichtungen verfügen und unterscheiden sich von diesen vorwiegend durch die geringe Kapazität und ihren halbstationären Charakter. Sie sollten an selbständige psychiatrische Behandlungszentren oder an die psychiatrische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses angegliedert sein.
3. Bedarf und Größe von Tageskliniken hängen in wechselseitiger Bedingtheit von Struktur und Ausbau aller stationären, ambulanten und sonstigen halbstationären Versorgungseinrichtungen ab. Die Größe einer Tagesklinik soll in der Regel bei ca. 20 Plätzen liegen.
4. Die Tagesklinik muß ärztlich geleitet sein. Während der gesamten Anwesenheitszeit ihrer Patienten muß ein Arzt zur Verfügung stehen.

3.4.2 Die Nachtklinik (s. B. 3.3.3)

1. Die Nachtklinik ist eine halbstationäre Einrichtung, in welcher arbeitende psychisch Kranke

für begrenzte Dauer wohnen und behandelt werden. Voraussetzung für die Aufnahme in die Nachtklinik ist, daß ihre Entfernung zu dem noch vorhandenen bzw. zu beschaffenden Arbeitsplatz den täglichen Weg ohne Überlastung des Patienten möglich macht.

2. Die Nachtklinik soll funktionell und räumlich mit stationären psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und tagesklinischen Bereichen verbunden sein, damit ein Abfangen von Krisen oder körperlichen Erkrankungen, die den Patienten vorübergehend arbeitsunfähig machen, gewährleistet ist.
3. Für die optimale Größe einer Nachtklinik empfehlen sich 15 bis 20 Betten, damit der Gruppencharakter und die familiäre Atmosphäre gewahrt bleiben.
4. Die Nachtklinik muß ärztlich geleitet sein.

3.5 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

Die Sachverständigen-Kommission hält es für unerlässlich, daß der Auf- und Ausbau von Einrichtungen zur Versorgung von nicht-krankhausbedürftigen psychisch Kranken und geistig sowie seelisch Behinderten vorangetrieben wird. Diese Einrichtungen werden als komplementäre Dienste bezeichnet, weil sie das Gesamtversorgungssystem — ambulante, stationäre und halbstationäre Dienste — vervollständigen.

Von dem quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau der Versorgung durch komplementäre Dienste hängt es ab, in welcher zeitlichen Abfolge und in welchem Umfang es gelingen wird, stationäre Behandlungseinrichtungen zu entlasten, insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser auf ihre eigentlichen Aufgaben zurückzuführen, eine gemeindenahe Versorgung zu verwirklichen sowie mittel- und langfristig eine Bettenreduzierung in allen stationären Einrichtungen zu erreichen.

3.5.1 Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung (s. B. 3.4.1)

1. Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung bestehen aus Heimen mit sehr unterschiedlichen Aufgabenstellungen, die sich einerseits aus den verschiedenen Krankheits- und Behinderungsarten und den damit verbundenen notwendigen therapeutischen Maßnahmen, andererseits aus den Altersstrukturen der Bewohner ableiten.
2. In Abhängigkeit von der Art des Heimes dient dieses entweder der vollen sozialen und beruflichen Wiedereingliederung (Übergangsheim) oder der zumindest längerfristigen Ermöglichung optimaler Entfaltungsmöglichkeiten der Patienten in einem beschützenden Rahmen (Wohnheim).
3. Nach vorsichtigen Schätzungen wird der Gesamtbedarf am Heimplätzen auf 2,24 Betten je 1 000 Einwohner veranschlagt.

3.5.2 Sonstige komplementäre Dienste (s. B.3.4.2)

Unter der Bezeichnung „sonstige komplementäre Dienste“ sind Einrichtungen zusammengefaßt worden, die *beschützende Wohnsituationen, Teilzeithilfen* und therapeutisch strukturierte *Freizeitveranstaltungen* anbieten. Entsprechend der jeweils erfaßten Patientengruppen und Aufgabenstellungen können auch diese Dienste sehr variabel sein.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Dienste:

1. Beschützende Wohngruppen und Wohnungen

Diese Einrichtungen ermöglichen noch nicht ausreichend stabilen psychisch Kranken und Behinderten eine weitgehend normale Wohnsituation,

2. Familienpflege

Die Aufnahme psychisch Kranker und Behinderter in Pflegefamilien stellt unter geeigneten Bedingungen ein wichtiges Versorgungsinstrument dar,

3. Tagesstätten

Tagesstätten können in vielen Fällen Dauerunterbringung ersetzen, da sie die Familienangehörigen entlasten,

4. Patientenclubs

Patientenclubs dienen zur Aktivierung und kommunikativen Stützung und erleichtern die Eingliederung in die Gesellschaft.

3.6 Spezielle rehabilitative Dienste (s. B.3.5)

Die Aufgabe der speziellen rehabilitativen Dienste besteht darin, chronisch Kranken und Gestörten sowie geistig und seelisch Behinderten die Möglichkeit einer gestuften *Rehabilitation am Arbeitsmarkt* zu eröffnen. Ist dieses Ziel bei einem Betroffenen nicht zu erreichen, so bieten diese Dienste einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit zur Erlernung und/oder Ausübung geeigneter Tätigkeiten.

3.6.1 Werkstatt für Behinderte (s. B.3.5.1)

1. Die Sachverständigen-Kommission mißt dem bedarfsgerechten Ausbau eines Netzes gut strukturierter Werkstätten für Behinderte große Bedeutung zu. Sie vertritt hierbei allerdings die Ansicht, daß die Sicherstellung und Finanzierung von Arbeitsplätzen oder Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit in beschützenden Werkstätten für *alle rehabilitationsfähigen* Behinderten, unabhängig vom Gesichtspunkt der *wirtschaftlichen Verwertbarkeit* ihrer Arbeitsleistung (siehe § 52 Abs. 3 Schwerbehindertengesetz), gewährleistet werden muß. Eine strikte Grenzziehung zwischen Behinderten, die nach den jetzigen Definitionen des Schwerbehindertengesetzes wirtschaftlich verwertbare Arbeit erbringen können und solchen, die hierzu, wenngleich rehabilitationsfähig, nicht in der Lage sind, birgt die Gefahr, daß ein *weiterer Typ nicht anerkannter Werkstätten* minderer Qualität entsteht. Dieser Gefahr sollte

durch Weiterentwicklung der Gesetzgebung entgegengewirkt werden.

2. Die Sachverständigen-Kommission hält es — abweichend von den Grundsätzen zur Konzeption der Werkstatt für Behinderte und den Mindestvoraussetzungen für die vorläufige Anerkennung einer Werkstatt für Behinderte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (Stand 5. Dezember 1974) — vor allem im Hinblick auf die Erfordernisse rehabilitationsfähiger *seelisch* Behinderter für notwendig, die *begleitenden Dienste* personell umfassender auszustatten.

3. Der Grundsatz, daß in einer Werkstatt *alle Arten* von Behindertengruppen zusammengefaßt werden sollen, zieht nicht die Besonderheiten der seelisch Behinderten in Rechnung.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher; daß innerhalb der Werkstatt für Behinderte zumindest *getrennte* Programme für seelisch und geistig Behinderte angeboten werden.

In Ballungsräumen, in denen ein entsprechend genügender Bedarf an Werkstattplätzen besteht, kann es ferner sinnvoll sein, getrennte Abteilungen innerhalb einer Werkstatt für Behinderte oder überhaupt getrennte Werkstätten für die genannten Gruppen von Behinderten vorzusehen.

4. Bei der Werkstatt-Planung geht man von einem Sofortbedarf an Plätzen in Werkstätten für Behinderte von 1 ‰ der Bevölkerung (davon 0,8 ‰ für geistig Behinderte und 0,2 ‰ für chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte) aus und rechnet für die nächsten Jahre mit einer jährlichen Zuwachsrate von etwa 0,1 ‰. In der Ausbauphase der Werkstätten sind jährliche Bedarfsanalysen erforderlich, um den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen zu können.

3.6.2 Beschützende Arbeitsplätze (s. B.3.5.2)

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt die Legalisierung beschützender Arbeitsplätze. Beschützende Arbeitsplätze sollen in vermehrtem Umfang von Betrieben der freien Wirtschaft zur Verfügung gestellt werden. Sie dienen der Belastungsproben und der stufenweisen Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben. Es erscheint dabei sinnvoll, wenn Werkstätten für Behinderte über derartige beschützende Arbeitsplätze in nahe gelegenen Betrieben verfügen, auf denen der berufliche Eingliederungsprozeß fortgeführt werden kann.

3.6.3 Behindertenzentren (s. B.3.6)

1. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, wo immer dies geeignet erscheint, die Zusammenfassung eines Teils der komplementären Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung zu Behindertenzentren. Behindertenzentren sind selbständige Einheiten auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete mit Siedlungscharakter. Sie dienen zur Versorgung und För-

Zusammenfassung

derung von seelisch, geistig und Mehrfachbehinderten, die einer langfristigen stationären Unterbringung bedürfen.

Behindertenzentren sollen mindestens 200, höchstens 400 Betten umfassen.

2. Die Sachverständigen-Kommission sieht in der Errichtung von Behindertenzentren eine Reihe von Vorteilen. Dabei wurden Erfahrungen bereits bestehender ähnlicher Einrichtungen berücksichtigt:

- a) Behindertenzentren bieten den Behinderten einen größeren Bewegungsraum. Hierdurch wird vor allem Schwerstbehinderten vermehrt Schutz sowie Entfaltungs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeit gewährt.
- b) Das Miteinanderleben von Schwerstbehinderten und gesunden Mitarbeitern in einem kleinen Gemeinwesen wirkt sich auf die Behandlung und Rehabilitation der Betroffenen günstig aus.
- c) Fortbildungsangebote und berufsbegleitende Maßnahmen für Mitarbeiter sind besser zu verwirklichen. Dadurch wird die Arbeit mit Schwerst- und Mehrfachbehinderten attraktiver.
- d) Einrichtungen dieser Größenordnung sind wirtschaftlich zu betreiben.

3.7 Dienste für besondere Altersgruppen (s. B.3.7)

3.7.1 Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher (s. B.3.7.1)

Zur Verbesserung und Neuordnung der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher empfiehlt die Sachverständigen-Kommission folgendes:

1. Die zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Dienste sind unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu Trägern und Verwaltungen zu Verbundsystemen zusammenzufassen. Diese sollen eine bedarfsgerechte Organisation und eine unmittelbare Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen sichern. Um die von den Entwicklungsphasen und Problembereichen her notwendige Differenzierung der Dienste zu ermöglichen, ist ein solches Verbundsystem für jeweils zwei Standardversorgungsgebiete vorzusehen.
2. Im ambulanten Zugangs- und Behandlungsbereich soll die Versorgung vor allem von den bisherigen Erziehungsberatungsstellen wahrgenommen werden. Als Beratungsstellen für Kinder, Eltern und Familien sind sie deswegen vordringlich in einem solchen Umfang einzurichten und auszubauen, daß für 50 000 Einwohner eine vollständige, multidisziplinär besetzte Arbeitsgruppe (Psychologen, Arzt, Psychagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) vorhanden ist.

3. In das Verbundsystem einzubeziehen sind die Bildungseinrichtungen und teilstationären Betreuungseinrichtungen für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (Frühförderungseinrichtungen, Sonderkindergärten, Sondervorschulen, Sonderschulen, Tagesstätten).
4. Für Kinder und Jugendliche, bei denen nach Art ihrer psychischen Störung, dem Ausmaß ihrer Behinderung oder wegen der in ihrer Umgebung vorhandenen Bedingungen eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, sollen innerhalb des Versorgungsgebietes Tagesstätten bzw. Tageskliniken, 5-Tage-Heime oder Vollheime mit differenzierten Aufgaben zur Verfügung stehen. Abgesehen davon, daß sie in die Zusammenarbeit des Verbundsystems einbezogen sind, können sie auch unmittelbar mit einer oder mehreren Beratungsstellen verbunden sein. Ferner werden Heime für behinderte Kinder und Jugendliche benötigt, deren längerfristige stationäre Unterbringung, soweit sie in erster Linie spezieller pädagogischer Förderung bedürfen, im jeweiligen Versorgungsgebiet erfolgen sollte.
5. Für Jugendliche in Konflikt- und Krisensituationen, mit dissozialem Verhalten und mit Drogenmißbrauch sollen, um andere Maßnahmen möglichst zu vermeiden, innerhalb des Verbundsystems und möglichst im Zusammenhang mit Beratungsstellen, die einen entsprechenden Schwerpunkt haben, Tagesstätten (Tageskliniken), Wohnheime und Wohngruppen eingerichtet werden.
6. Zentrale ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Dienste sollen die übrigen Einrichtungen des Verbundsystems dadurch unterstützen, daß sie ihnen den unmittelbaren Rückgriff auf spezielle kinder- und jugendpsychiatrische, neuropädiatrische, medizinisch-technische und psychologische Diagnostik ermöglichen und sie durch kurz- und mittelfristige stationäre Untersuchung und Behandlung, sowie durch längerfristige spezielle stationäre Versorgung ergänzen.
Es wird empfohlen, sie zu Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammenzufassen mit einer Ambulanz, einem Bereich für stationäre Diagnostik, kurz- und mittelfristige stationäre Behandlung, sowie einem davon räumlich getrennten Bereich für die längerfristige stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychosen, Mehrfachbehinderungen sowie neuropsychiatrischen Komplikationen bei geistigen Behinderungen. Für jedes Verbundsystem (zwei Standardversorgungsgebiete) ist ein derartiges Zentrum vorzusehen. Es kann als völlig selbständiges Fachkrankenhaus, oder — sofern fachlich unabhängig und baulich getrennt — in organisatorischem Zusammenhang mit einem Allgemeinkrankenhaus, einem psychiatrischen oder pädiatrischen Fachkrankenhaus eingerichtet werden.
7. Für eine Reihe von besonderen Aufgaben (stationäre Psychotherapie, überwachungsbedürftige

psychisch kranke Kinder und Jugendliche, epileptische Kinder und Jugendliche, schädelhirnverletzte Kinder und Jugendliche) sind überregionale Einrichtungen erforderlich, die möglichst mit Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie verbunden werden, um spezielle diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gemeinsam nutzen zu können.

8. Der Umfang der Weiterbildungsmöglichkeiten, insbesondere zum

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)
- Fachpsychologen für klinische Psychologie

muß vergrößert werden.

3.7.2 Versorgung psychisch kranker alter Menschen (s. B.3.7.2)

Während einige andere Diagnose-Kategorien abgenommen haben, ist der Anteil der Alterspsychosen unter den Aufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik erheblich angestiegen. Zur besseren Versorgung dieser Patienten empfiehlt die Sachverständigen-Kommission:

1. An den psychiatrischen Behandlungszentren sind eigenständige gerontopsychiatrische Funktionseinheiten einzurichten.
2. Da im höheren Lebensalter körperliche und psychische Erkrankungen häufig nebeneinander bestehen und die Verzahnung der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung daher für alte Menschen besonders wichtig ist, müßten auch an den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Pflegeeinheiten geschaffen werden.
3. Ein wichtiger Bestandteil der stationären gerontopsychiatrischen Funktionseinheiten sollte eine sogenannte „Assessment-Unit“ sein. Es handelt sich dabei um eine Station, auf der Patienten nur kurzfristig aufgenommen werden, um — soweit dies nicht ambulant möglich ist — aufgrund einer frühzeitigen multiprofessionellen Diagnose eine Entscheidung darüber herbeizuführen, welche Dienste und Einrichtungen ihren Bedürfnissen am besten gerecht werden und um gegebenenfalls erste therapeutische Maßnahmen einzuleiten.
4. Wo immer möglich, sollten gerontopsychiatrische Tageskliniken eingerichtet werden. Solche Institutionen erlauben gründliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ohne daß der alte Patient aus seiner vertrauten Umgebung herausgerissen werden muß. Gleichzeitig werden hierdurch die Familien vorübergehend entlastet, welche die Pflege und Betreuung ihrer erkrankten Angehörigen noch selbst übernehmen.

5. Das Schwergewicht der psychiatrischen Versorgung muß gerade bei Patienten im höheren Lebensalter auf dem ambulanten Bereich liegen. Es wird die Einrichtung gerontopsychiatrischer Polikliniken empfohlen, die gemeinsam mit den niedergelassenen Nervenärzten und in enger Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten — vor allem den Einrichtungen der offenen Altenhilfe — in dem jeweiligen Standardversorgungsgebiet Aufgaben der Beratung, Behandlung und Prävention übernehmen.
6. Wo immer dies möglich ist, soll eine alterspsychiatrische Poliklinik mit einer Tagesklinik und einer „Assessment-Unit“ zu einem gerontopsychiatrischen Zentrum zusammengeschlossen werden. Dieses Zentrum stellt also eine organisatorische Zusammenfassung dreier für die gerontopsychiatrische Versorgung besonders wichtiger Dienste dar.
7. Die Einrichtungen der Altenhilfe bilden einen wesentlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems. Die größte Bedeutung kommt dabei dem Altenkrankenheim/-pflegeheim zu. Durch Ausbau und Strukturveränderung bereits bestehender und Errichtung neuer Altenkranken- und -pflegeheime soll in Zukunft die Überfüllung psychiatrischer Landeskrankenhäuser mit psychisch Alterskranken möglichst vermieden werden. Solche Maßnahmen bedürfen aber der sorgfältigen Planung und der behutsamen Durchführung, da sich die Situation psychisch kranker alter Menschen durch eine Strategie der forcierten Ausgliederung aus dem psychiatrischen Krankenhaus und durch überstürzte Verlegungen in ungeeignete Heime unter Umständen erheblich verschlechtern kann.
8. Um die Arbeit der von den verschiedenen Trägern angebotenen Dienste der Altenhilfe besser zu koordinieren, sollten in den Standardversorgungsgebieten Arbeitsgemeinschaften der beteiligten Träger und Einrichtungen gebildet werden. Zwischen diesen Arbeitsgemeinschaften und den für eine multiprofessionelle Diagnostik zuständigen gerontopsychiatrischen Einrichtungen (Poliklinik, Assessment-Unit) sollen bindende Vereinbarungen auf freiwilliger Basis getroffen werden, um eine sachgerechte Placierung der Patienten in den Einrichtungen zu ermöglichen, welche ihren Bedürfnissen am besten entsprechen.
9. Die Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung hängt entscheidend von einer Intensivierung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen für alle an der Betreuung alter Menschen beteiligten Berufsgruppen ab. Erforderlich ist die Einführung eines Facharztes für Geriatrie.
10. Zumindest an einigen psychiatrischen Universitätskliniken sollten gerontopsychiatrische Abteilungen geschaffen werden, um die studentische Ausbildung und die Facharztweiterbildung auf dem Gebiet der Alterspsychiatrie zu

Zusammenfassung

verbessern, vor allem aber, um günstigere Voraussetzungen für die gerontopsychiatrische Forschung zu schaffen.

3.8 Dienste für spezielle Patientengruppen (s. B.3.9)**3.8.1 Suchtkranke (s. B.3.9.1)**

Innerhalb der letzten Jahre sind die Aufnahmeziffern von Alkoholkranken in psychiatrischen Landeskrankenhäusern um ein Vielfaches gestiegen. Die Aufnahmen wegen Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit stehen in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern mit etwa 30 % der Gesamtaufnahmen an der Spitze sämtlicher Diagnosekategorien. Die Zahl der Alkoholdelirien in den gleichen Institutionen hat innerhalb weniger Jahre um etwa 700 % zugenommen.

Die Gefahr des Drogenmißbrauchs und der Drogenabhängigkeit in der Bundesrepublik hat in den letzten Jahren nicht an Aktualität verloren. Nachgelassen hat nur der Probier- und Gelegenheitskonsum. Dagegen hat der harte Kern derjenigen, die bereits abhängig sind oder wegen eines Mißbrauchs als schwer suchtfgefährdet bezeichnet werden müßten, eher zugenommen. Dies gilt auch für den gleichzeitigen süchtigen Gebrauch verschiedener Drogen. Bedeutsam ist ferner das Anwachsen des kombinierten Gebrauchs von Rauschmitteln mit Alkohol.

Zur Verbesserung der Versorgung empfiehlt die Kommission:

1. Der Schwerpunkt bei der Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit liegt heute auf der ambulanten Betreuung. Bei der Versorgung von Abhängigen soll daher in Zukunft eine gemeindenahe Fachambulanz die wichtigste Rolle spielen. Diese Ambulanz steht in engem Kontakt mit allen anderen Trägern der nichtstationären Suchtkrankendienste, vor allem niedergelassenen Ärzten, öffentlichen und privaten Beratungsstellen sowie Selbsthilfeorganisationen.
2. Aus der Sicht der Suchtkrankenbetreuung ist eine Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser vor allem deshalb wünschenswert, weil durch eine psychiatrische Betreuung internistischer Patienten manche Fälle einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit früher als bisher erkannt und psychiatrisch behandelt werden könnten.
3. Die stationäre Behandlung von Abhängigen soll in Suchtkliniken oder Suchtfachabteilungen von Landeskrankenhäusern oder psychiatrischen Behandlungszentren erfolgen. Hierbei soll es sich um offene, nur fakultativ in Teilbereichen geschlossene Einrichtungen mit einer Kapazität von etwa 80 Betten handeln. Die Dauer des Aufenthaltes in solchen stationären Behandlungseinrichtungen kann in der Regel nicht für alle Patienten von vornherein einheitlich festgelegt werden.
4. Trotz der Behandlungserfolge, die heute bei der Suchtkrankenbetreuung erzielt werden können,

ist nach wie vor damit zu rechnen, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig ist. Da es sich hierbei häufig um Patienten mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen und erheblichen körperlichen oder psychischen Schäden handelt, ist eine Unterbringung dieser Kranken unter geschlossenen Bedingungen oft nicht zu vermeiden. Hierfür sind vor allem geschlossene Pflegeheime sowie — für eine geringere Zahl von Kranken — geschlossene Stationen psychiatrischer Krankenhäuser erforderlich. Die Behandlung dieser Langzeitpatienten sollte nach Möglichkeit zu dem Aufgabenbereich der gleichen Mitarbeiter gehören, die auch für die Betreuung von Alkohol- und Drogenabhängigen in Suchtkliniken und Suchtfachabteilungen zuständig sind.

3.8.2 Suicidgefährdete (s. B.3.9.2)

In der Bundesrepublik Deutschland starben im Jahre 1959 insgesamt 9 888 Personen durch Suicid. Im Jahre 1971 waren es 12 838. Die Selbstmordziffer (Zahl der Suicide pro 100 000 Einwohner) ist seit 1951 von 18,5 auf 21,0 im Jahre 1971 angestiegen.

Die Zahl der Selbstmordversuche liegt wesentlich höher; sie läßt sich nur schätzen. Nach derartigen Schätzungen muß damit gerechnet werden, daß in der Bundesrepublik Deutschland mindestens 100 000 Selbstmordversuche pro Jahr vorgenommen werden.

Die für das Problem der Suicidgefährdung wesentlichen präventiven Maßnahmen liegen im Argen. Das betrifft sowohl die Primärprävention, die Früherkennung und die vorbeugende Behandlung, als auch die Therapie und Nachbehandlung von Suicidgefährdeten zur Vermeidung weiterer Suicidhandlungen.

3.8.3 Psychisch kranke Straftäter (s. B.3.9.3)

Die Sachverständigen-Kommission hat sich — im Gegensatz zu ihrer ursprünglichen, im Zwischenbericht festgehaltenen Meinung — die Auffassung zu eigen gemacht, daß die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Straftäter im Rahmen des Maßregelvollzuges prinzipiell in den allgemeinen Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Versorgung gehört. Für die Neuordnung dieses Bereichs gibt die Kommission folgende Empfehlungen:

1. Bei einem Teil der straffällig gewordenen psychisch Kranken handelt es sich um erheblich verhaltensgestörte, manifest oder latent gefährliche und daher besonders sicherungsbedürftige Patienten. Für ihre Unterbringung sind überregionale Sondereinrichtungen erforderlich. Als beste Lösung erscheint unter den heutigen Verhältnissen, solche Einrichtungen institutionell und administrativ an einzelne psychiatrische Krankenhäuser anzugliedern. Dabei sollte eine enge räumliche Nachbarschaft angestrebt werden. Dagegen ist die Einrichtung gesicherter

Häuser innerhalb des Krankenhauskomplexes in jedem Falle zu vermeiden.

2. Das therapeutische Angebot für straffällig gewordene psychisch Kranke muß erheblich erweitert werden. Hierzu sind personelle und bauliche Investitionen größeren Umfanges erforderlich. Die Justizbehörden müssen sich daher mehr als bisher an den Kosten beteiligen.
3. Die Betreuung psychiatrisch kranker Straftäter vollzieht sich für das Personal unter schwierigen Arbeitsbedingungen, großen emotionalen Belastungen und besonderen Gefährdungen. Deshalb ist die Schaffung eines einheitlichen Systems von tariflichen Zulagen für die Mitarbeiter solcher Einrichtungen erforderlich.
4. Die Sachverständigen-Kommission begrüßt die geplante Einrichtung sozialtherapeutischer Anstalten. Es ist aber zu befürchten, daß der Aufbau einer ausreichenden Zahl von sozialtherapeutischen Anstalten noch viele Jahre in Anspruch nimmt und daß bis dahin, bei erkennbarer Behandlungsbedürftigkeit von an sich schuldfähigen Straftätern, vermehrt auf die Teilexkulpierte und die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten zurückgegriffen wird. Einer solchen Entwicklung wären die psychiatrischen Krankenhäuser nicht gewachsen.

3.8.4 Epilepsie-Kranke (s. B. 3.9.4)

5 % aller Menschen erleiden mindestens einmal im Laufe des Lebens einen epileptischen Anfall. 0,5 bis 0,6 ‰ leiden unter einer chronischen Epilepsie, d. h., daß in der Bundesrepublik Deutschland mit ca. 340 000 Kranken gerechnet werden muß, von denen etwa 115 000 unter 16 Jahre alt sind.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt zur Verbesserung der Versorgung von Epilepsie-Kranken an Spezialeinrichtungen

1. auf etwa 1,2 Millionen Einwohner je eine Epilepsie-Ambulanz für Erwachsene und Kinder,
2. auf etwa 7,5 Millionen Einwohner je eine Epilepsie-Abteilung für Erwachsene und Kinder,
3. Vier Epilepsie-Zentren für Erwachsene und vier weitere für Kinder.

Längerfristig oder auch auf Dauer versorgungsbedürftige Epilepsie-Kranke sollen als seelisch, geistig oder Mehrfachbehinderte in den entsprechenden komplementären Diensten (Wohnheime, Behindertenzentren etc.) versorgt werden.

3.8.5 Hirnverletzte (s. B. 3.9.5)

Nach Schätzungen kann davon ausgegangen werden, daß etwa 10 000 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland jährlich schwere Hirnverletzungen erleiden, die sie überleben und die einer Rehabilitationsbehandlung bedürfen.

Zur Verbesserung der Versorgung der Hirnverletzten empfiehlt die Sachverständigen-Kommission:

1. Vereinheitlichung des Rettungswesens und Vermehrung der neurochirurgischen Abteilungen.
2. Einrichtung von Rehabilitationsabteilungen, die in das Krankenhaus integriert sind (Frührehabilitation).
3. Spezialinstitute für Hirngeschädigte zur Langzeitrehabilitation mit Angeboten der vorberuflichen, berufsbezogenen und berufsbildenden Rehabilitation.
4. Pflegestationen in jedem Großklinikum, das über eine neurochirurgische Abteilung verfügt, besonders für Kranke mit apallischem Syndrom.

3.8.6 Nichtseßhafte (s. B. 3.9.6)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtseßhaftenhilfe schätzt die Zahl der Nichtseßhaften auf zur Zeit 70 000. Die Zahl neu hinzukommender Nichtseßhafter stieg in den vergangenen Jahren stetig an. Der Altersdurchschnitt der Nichtseßhaften liegt bei 40 Jahren; 30 bis 45 Jahre alt sind 52 %.

Obwohl gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen der Nichtseßhaftigkeit noch nicht vorliegen, dürfte ihr ein komplexer Ursachenkatalog individueller und sozialer Faktoren zugrundeliegen, aus denen Bindungsunfähigkeit, Bindungsstörungen sowie unersetzbare Bindungsverluste resultieren. Ein hoher Anteil psychischer Störungen, Krankheiten und Behinderungen, häufig in Verbindung mit Alkoholismus und Kriminalität, tragen zur sozialen Isolation und dem sozialen Scheitern bei.

Für Nichtseßhafte stehen gegenwärtig ca. 12 500 Plätze in rund 130 Einrichtungen zur Verfügung, von denen jedoch etwa 30 % Alten- und Dauerheimplätze für gebrechliche und pflegebedürftige Personen sind. Völlig unzulänglich ist vor allem der quantitative und qualitative Bestand an kommunalen Obdachlosenunterkünften, die vielfach noch Asylcharakter haben und die Betroffenen sich selbst überlassen.

Um verlässliche Kriterien für die Möglichkeiten therapeutischer Hilfen für die Nichtseßhaften zu gewinnen, sollten Modellversuche im ambulanten und stationären Bereich unternommen werden.

3.9 Versorgung geistig Behinderter (s. B. 3.8)

Exakte Angaben über die Zahl geistig Behinderter, d. h. von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen vorübergehend oder auf Dauer hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben ist, liegen in der Bundesrepublik Deutschland nicht vor. Unter Berücksichtigung der Erfassungsschwierigkeiten wird mit einem Anteil von geistig Behinderten bis zu 8 ‰ pro Geburtenjahrgang gerechnet.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß beim Aufbau eines Versorgungssystems für geistig Behinderte folgenden Grundsätzen Rechnung getragen werden muß:

Zusammenfassung

- Die Lebens- und Umweltbedingungen für geistig Behinderte sind so zu gestalten, daß sie, soweit wie möglich, den jeweiligen Gegebenheiten, die für „Normale“ gelten, entsprechen. Das gilt auch für die Beziehung der Geschlechter zueinander.
- Die geistig Behinderten sollen im Bereich der vorschulischen, schulischen und beruflichen Ausbildung, in der Arbeitsausübung und im Wohn- und Freizeitbereich, soweit wie möglich, eingegliedert werden. Dieses erfordert sowohl eine Vermeidung jeglicher Isolierung der Behinderten als auch die Bereitschaft von Seiten der Gesunden, Behinderte in ihren Bereich aufzunehmen.
- Die Belange der Behinderten und ihrer Familien müssen stets berücksichtigt werden.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt zur Verbesserung der Versorgung:

1. Die Versorgung *geistig behinderter Kinder und Jugendlicher* deckt sich insbesondere auf den Gebieten der Prävention, der Früherfassung und Frühförderung, der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie mit den Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für diese Alterskategorien ist daher die psychiatrische mit der Versorgung geistig Behinderter zu verbinden.
2. Die Versorgung *erwachsener geistig Behinderter* soll dagegen zukünftig nicht mehr innerhalb psychiatrischer Behandlungszentren stattfinden. Vielmehr sind für diese Alterskategorie besondere Einrichtungen vorzuhalten, in denen neben der Pflege Schwerst- und Mehrfachbehinderter in verstärktem Maße sozial-fürsorgerische, lebenspraktisch-rehabilitative und beschützende Arbeitsmöglichkeiten in den Vordergrund treten.
3. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt den Ausbau der Versorgung geistig Behinderter auf folgenden Gebieten energisch voranzutreiben:
 - Vorsorge und Früherkennung;
 - Sonderkindergärten (einschließlich Hausfrüh-erziehung), Sondergruppen in Kindergärten;
 - Sonderschulen, Sonderklassen in allgemein bildenden Schulen, Hausunterricht;
 - Werkstätten für Behinderte, Berufsbildungswerke, Förderlehrgänge, beschützende Arbeitsplätze;
 - differenzierte Wohn- und vielfältige Freizeitangebote;
 - Beratungsdienste;
 - Krisenintervention;
 - Einrichtungen für besondere Gruppen (Mehrfachbehinderte, alte geistig Behinderte).

Im Hauptbericht ist die Verteilung von Einrichtungen für geistig Behinderte in einem Standardversorgungsgebiet bzw. übergeordneten Versorgungsgebiet mit entsprechenden Bedarfszahlen angegeben.

3.10 Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geografischen Bereichen (s. B. 5)

1. Standardversorgungsgebiet

Das gemeindenahere Zusammenwirken aller an der Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker und seelisch sowie geistig Behinderter beteiligter Personen und Einrichtungen kann nur gewährleistet werden, wenn ihre vielfältig gegliederte Versorgungsleistung auf einen überschaubaren geografischen Bereich bezogen wird.

Die Sachverständigen-Kommission schlägt deshalb vor, Versorgungsgebiete zu bilden, deren Größe zwischen ca. 150 000 und 350 000, in der Regel bei 250 000 Einwohnern liegt. Derartige geografische Bereiche werden als *Standardversorgungsgebiete* bezeichnet.

Die Standardversorgungsgebiete sollten, wo immer dies möglich ist, mit politisch oder natürlich gegebenen Einheiten (wie z. B. Stadtteile, Gemeinden, Kreise, Bezirke) zur Deckung gebracht werden, insbesondere auch deswegen, damit die an die Selbstverwaltungskörperschaften und ggf. die Gesundheitsfachverwaltung geknüpfte übergreifende Koordination und Planung wirksam werden kann.

Kapazität und Gliederung der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen — leicht erreichbaren — Einrichtungen eines Standardversorgungsgebietes sollen sicherstellen, daß alle Einwohner dieses Gebietes, die keiner regional übergeordneten Spezialversorgung bedürfen, dort versorgt werden können.

In einer summarischen Übersicht lassen sich die Angebote für Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation in einem Standardversorgungsgebiet zusammengefaßt darstellen (s. Abbildung, S. 29).

Nähere Einzelheiten, vor allem auch die funktionelle Verzahnung der einzelnen Dienste untereinander, sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen.

2. Übergeordnetes Versorgungsgebiet

Übergeordnete Versorgungsgebiete setzen sich aus mehreren Standardversorgungsgebieten zusammen. Auf dieser Versorgungsebene stehen Einrichtungen zur Verfügung, die infolge ihrer Kapazität und/oder ihres Spezialisierungsgrades auf einen größeren Bevölkerungssektor bezogen werden müssen.

Folgende Einrichtungen sind der übergeordneten Versorgung zuzuordnen:

- psychiatrische Krankenhäuser (mit 500 bis 600 Betten),
- selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser,
- psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an größeren Kurkliniken, Rehabilitations- und Kinderkrankenhäusern (langfristig geplant),
- selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche,

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:

Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen
praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen
Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

<i>Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen</i>	<i>Halbstationäre Dienste</i>	<i>Stationäre Dienste</i>	<i>Komplementäre Dienste</i>	<i>Spezielle rehabilitative Dienste</i>	<i>Dienste für Behinderte</i>
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Übergangsheime	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkindergärten
Fachambulanzen		gerontopsychiatrische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte		

COORDINATION

Psychosozialer Ausschuß
Kooperation der Träger
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

PLANUNG

- psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken für Kinder und Jugendliche,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Angeboten an Psychotherapie, Sonderpädagogik und Sozialpädagogik,
- Einrichtungen für Jugendliche in Konfliktsituationen, mit dissozialem Verhalten usw.,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für behinderte Kinder und Jugendliche,

- Suchtkliniken,
- Suchtfachabteilungen,
- Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Behindertenzentren,
- Epilepsiezentren, Epilepsieabteilungen, Epilepsieambulanzen,
- Zentren für Risikokinder,
- Spezialinstitute zur Rehabilitation von Hirnverletzten,

Zusammenfassung

- Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter,
- Berufsbildungswerke,
- Berufsförderungswerke.

Ferner nehmen an der Versorgung teil:

- psychiatrische Universitätskliniken,
- psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an Universitätskliniken und Weiterbildungsinstituten.

3.11 Koordination und Planung (s. B.6)

Die Sachverständigen-Kommission vertritt nachdrücklich die Ansicht, daß die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Gesamtsystem wegen ihrer notwendig starken Verflechtung mit anderen medizinischen Disziplinen und nicht-medizinischen Diensten besonders im Sozialbereich nur dann optimiert und in Funktion gehalten werden kann, wenn sie wirksam koordiniert und die Weiterentwicklung mit einer fortlaufenden Planung verbunden wird.

3.11.1 Kommunale Ebene

1. Auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete sollen sich sämtliche in diesem Gebiet tätigen, an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsdienste zu einer *psychosozialen Arbeitsgemeinschaft* zusammenschließen.

Auch die Träger von Einrichtungen und Diensten, die an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligt sind, sollten sich, soweit dies noch nicht geschehen ist, in gleicher Weise in einem Gremium mit koordinativer Aufgabenstellung organisieren.

2. Zur Wahrnehmung der Aufgaben einer übergreifenden Koordination und der Planung im Standardversorgungsgebiet empfiehlt die Sachverständigen-Kommission die Einrichtung eines *psychosozialen Ausschusses* bei den Räten der Kreise und kreisfreien Städte. Im psychosozialen Ausschuß sollten Dienste, Einrichtungen, Leistungsträger, Träger, kommunale Verwaltung und kommunale Parlamentarier vertreten sein. Die dem psychosozialen Ausschuß korrespondierende ausführende Verwaltung wird federführend in der Regel bei den jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte liegen.

3.11.2 Ebene der Länder

1. Die Koordinations- und Planungsleistungen der Kreise und kreisfreien Städte müssen auf der Länderebene zusammengefaßt werden, zumal die Planungskompetenz bei den Ländern liegt.

Es wird daher empfohlen, die teilweise schon bestehenden sogenannten „Psychiatriereferate“ bei den jeweils zuständigen Landesministerien

zu *Referaten für psychosoziale Versorgung* auszubauen, bzw. entsprechende Referate neu einzurichten.

Entsprechend den vorgeschlagenen Koordinations- und Organisationsformen auf der Ebene der Kreise und der kreisfreien Städte sollte das Referat, unbeschadet einer klaren verwaltungsorganisatorischen Zuordnung, derart in die Geschäftsbereiche für Gesundheit und Soziales integriert werden, daß eine enge Verzahnung beider Gebiete gewährleistet ist.

2. Das Referat für psychosoziale Versorgung sollte durch den Sachverständigenrat eines *Beirates für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter* Unterstützung finden.

3.11.3 Bundesebene

1. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt eine *Institution auf der Ebene der 11 Bundesländer*. Diese Institution muß über Staatsverträge zwischen den Bundesländern errichtet werden. Ihre Aufgabe besteht im wesentlichen im Einsammeln, Verarbeiten, Auswerten und Veröffentlichenden von Daten und Informationen aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im Bundesgebiet, in der Fortentwicklung von Erhebungsmethoden und der Gesundheitsstatistik und der Bearbeitung spezieller Aufträge durch die Länderregierungen und die Bundesregierung.
2. Ebenso wie auf der Landesebene hält es die Sachverständigen-Kommission für unabdingbar, daß auch auf der Bundesebene ein Referat im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit für die Gesundheitshilfe für geistig und seelisch gefährdete Kranke und Behinderte einschließlich des Pflegebereiches zuständig ist.
3. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit sollte unverzüglich einen *gemischten Beirat* berufen, dessen primäre Aufgabe es ist, die Verwirklichung der Empfehlungen, welche von der Sachverständigen-Kommission vorgelegt worden sind, zu verfolgen, Ratschläge für die Durchführung von Empfehlungen auszuarbeiten und die Planungskonzepte des Enquete-Berichtes an Veränderungen im Versorgungsfeld anzupassen.

3.12 Aus-, Weiter- und Fortbildung**1. Allgemeine Gesichtspunkte**

Wichtigstes Ziel aller Planungen auf dem Gebiet der Aus-, Weiter- und Fortbildung ist es,

- a) die Zahl der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen erheblich zu vermehren (s. C. 2.2.1; G.).
- b) die Qualität der Bildung für alle Berufsgruppen zu verbessern (s. C. 1 bis C. 4).

Hierzu (s. C. 2) sollen dienen:

1. Die Entwicklung gestufter beruflicher Bildungsmaßnahmen für möglichst viele Berufe. Die verschiedenen Stufen der Bildungsgänge sollen jeweils eine höhere Qualifikation vermitteln, die zur Übernahme verantwortungsvoller Aufgaben befähigt.
2. Die Ausrichtung der Bildungsgänge an den Bedürfnissen der Praxis und im Hinblick auf spätere koordinierte und integrierte Tätigkeiten der verschiedenen Berufe.
3. Die besonders nachdrückliche Förderung der Fortbildung, die eng an den Bedürfnissen der Praxis orientiert sein muß.
4. Der Ausgleich inhaltlich unausgewogener Bildungsgänge, damit alle in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen trotz unterschiedlicher Akzentuierungen ihrer praktischen Arbeit grundsätzlich in der Lage sind, die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten, Störungen und Behinderungen zu würdigen. In diesem Zusammenhang ist besonders zu berücksichtigen, daß in vielen Bereichen des gegenwärtigen Versorgungssystems ein beachtliches Defizit in der Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und der sozialen Aspekte und Auswirkungen psychischer Krankheiten vorliegt.
5. Die Schaffung gemeinsamer interdisziplinärer Anteile der beruflichen Bildung, die jedoch eine Verwischung der berufsspezifischen Schwerpunkte vermeidet.
6. Die vermehrte Berücksichtigung der Schulung des eigenen Verhaltens und der eigenen Einstellung gegenüber den zu betreuenden psychisch Kranken und Behinderten im Rahmen der beruflichen Bildungsgänge durch die hierzu entwickelten Techniken (Selbsterfahrung).
7. Die verbesserte Aus- und Fortbildung von Berufsgruppen, die nicht ursprünglich für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ausgebildet sind, jedoch in ihrer beruflichen Arbeit Beratungs- und Versorgungsaufgaben übernehmen.
8. Die bessere personelle und finanzielle Ausstattung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätten.
9. Die Förderung der Bildungsforschung, die mit der Effizienzüberprüfung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsmodellen verknüpft werden sollte.
10. Die Koordination der Bildungsplanung für die verschiedenen Berufe in Bund und Ländern sowie deren Angleichung an Entwicklungen im internationalen Rahmen.

2. Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen Berufsgruppen

Für die Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der einzelnen der in der Versorgung psy-

chisch Kranker und Behinderter tätigen Berufsgruppen sind eine Reihe spezifischer Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung (s. C. 3)

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der *Ärzte* kann verbessert werden durch

1. die stärkere Berücksichtigung der ambulanten Versorgung in der Aus- und Weiterbildung,
2. die Einbeziehung von psychiatrischen Krankenhäusern in die Aus- und Weiterbildung, die für den Weiterbildungsbereich zwar obligatorisch ist, aber nicht überall durchgeführt wird,
3. eine praktische Tätigkeit aller Medizinstudenten in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Versorgungseinrichtung vor oder während ihrer Ausbildung (Krankenpflegedienst, klinische Famulatur oder praktisch-klinische Tätigkeit im dritten klinischen Studienabschnitt),
4. die Einrichtung und den institutionellen wie personellen Auf- und Ausbau der Ausbildungseinrichtungen für medizinische Psychologie und medizinische Soziologie an allen medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen,
5. die Verwirklichung des in der Approbationsordnung für Ärzte geforderten Gruppenunterrichts,
6. eine Vermehrung der Weiterbildungsplätze in allen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter,
7. die systematische Einbeziehung bisher wenig berücksichtigter Versorgungsbereiche und die Intensivierung der Weiterbildung in Psychotherapie/Psychosomatik bei der Weiterbildung zum Nervenarzt, Facharzt für Psychiatrie und Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
8. die regionale Organisation und Koordination der Weiterbildung,
9. die besonders nachdrückliche Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
10. die bundeseinheitliche Festlegung des Weiterbildungsganges für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, zu deren Erwerb auch möglichst viele praktische Ärzte — Ärzte für Allgemeinmedizin — sowie Ärzte aus anderen Fachgebieten motiviert werden sollten,
11. die Einführung eines Facharztes bzw. einer Gebietsbezeichnung auf dem Gebiet der Psychotherapie/Psychosomatik. Bei der Verwirklichung dieser Empfehlung muß allerdings sichergestellt werden, daß die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ erhalten bleibt, damit ihre bewährte Breitenwirkung nicht verlorengeht, und daß in Weiterbildungsgängen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Weiterbildungsinhalte und die Qualifikation für Psychotherapie/Psychosomatik integriert bleibt, vertieft und erweitert wird,

Zusammenfassung

12. die Intensivierung von Fortbildungsangeboten, sowohl für Fachärzte, die im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig sind, als auch für Ärzte anderer Fachgebiete, um sie mit den für sie wichtigen Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie sowie Psychotherapie und Psychosomatik vertraut zu machen.

Für alle anderen in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Berufe empfiehlt sich eine sinngemäße Übernahme der für die Ärzte aufgeführten Empfehlungen. Prinzipieller Gesichtspunkt hierbei ist die Entwicklung und Ausgestaltung der Bildungsmaßnahmen entsprechend der für Ärzte bereits bestehenden Gliederung in Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung (s. C. 1). Im einzelnen sind zu berücksichtigen:

Psychologen werden im breiten Umfang Aufgaben in der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten übernehmen können, wenn — wie dringend zu fordern ist — der Psychologe (Fachpsychologe) für klinische Psychologie anerkannt ist und ein Gesetz über die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten die angestrebte Zusatzausbildung regelt.

Mit großem Nachdruck zu fördern ist die bessere Aus-, Weiter- und Fortbildung aller *Krankenpflegeberufe*, damit grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten sowie Qualifikationen für die Arbeit im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erworben werden können. Sowohl für Krankenschwestern/Krankenpfleger sowie Krankenpflegehelfer müssen Weiterbildungsgänge entwickelt werden. Für *Krankenschwestern* und *Krankenpfleger* empfiehlt die Sachverständigen-Kommission,

1. in der Ausbildung das Fach Psychiatrie als Hauptfach neben die Fächer Innere Medizin und Chirurgie zu stellen und der Fächergruppe „psychologische Medizin“ besondere Bedeutung zuzuerkennen,
2. eine Schwerpunktbildung im dritten Ausbildungsjahr zu ermöglichen, die zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt,
3. eine berufsbegleitende Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. zum Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Diese Weiterbildung soll in erster Linie im Rahmen der institutionalisierten Versorgung der Krankenpflege einen größeren Verantwortungs- und Entscheidungsbereich eröffnen. Ihre Dauer soll mindestens ein bis eineinhalb Jahre betragen,
4. die Möglichkeit zu schaffen, durch eine ebenfalls berufsbegleitende Weiterbildung während eines zusätzlichen Jahres, also in insgesamt zwei bis zweieinhalb Jahren, die Qualifikation einer „Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“ bzw. zum Fachkrankenschwester für dieses Gebiet zu erwerben.

Die einjährige Ausbildung der *Krankenpflegehelfer* sollte nach einem praxisorientierten und psychiatriespezifischen Konzept durchgeführt werden. Eine

einjährige berufsbegleitende Weiterbildung zum „Psychiatrie-Krankenpflegehelfer“ sollte entwickelt werden.

Dringend zu fördern ist der großzügige Ausbau der Fortbildung für das Pflegepersonal, in welche praktische Selbsterfahrung eingeschlossen werden muß.

Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der *Sozialarbeiter* empfiehlt die Sachverständigen-Kommission

1. eine Intensivierung aller für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wichtigen Stoffgebiete in der Ausbildung und vermehrte Möglichkeiten für psychiatrische Schwerpunktbereiche nach dem Grundstudium. Hierbei muß eine enge Verflechtung theoretischer Stoffvermittlung und praktischer Mitarbeit gewährleistet sein.
2. eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung für Sozialarbeiter, welche mindestens ein volles Berufsjahr außerhalb psychiatrischer Institutionen abgeleistet haben. Ziel dieser Weiterbildung ist eine Befähigung für breite Aufgabenfelder in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in vergleichsweise selbständiger Tätigkeit.
3. Fortbildungsmöglichkeiten, die sowohl regional wie überregional durchgeführt werden sollten, wobei regionale Veranstaltungen zusammen mit anderen Berufsgruppen vorgenommen werden könnten.

Die Weiterbildung von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Pädagogen zu *Psychagogen* (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) hat sich bereits bewährt. Im Rahmen des dringend notwendigen Ausbaues der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ihr eine noch wachsende Bedeutung zukommen.

Im Zusammenhang mit den bereits eingeleiteten Verbesserungen der Bildungsmaßnahmen für *Beschäftigungstherapeuten* müssen Aus-, zumindest Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für Arbeitstherapeuten, ggf. auch für Berufstherapeuten fortentwickelt bzw. geschaffen werden, damit die wachsenden Aufgaben auf dem Gebiet der allgemeinen, sozialen und beruflichen Rehabilitation durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter übernommen werden können.

Um die Mißstände in der Versorgung im Bereich des sogenannten Heimsektors beseitigen zu können, müssen die Bildungsmaßnahmen für *Heilpädagogen*, *Heilerziehungspfleger* und *Heilerziehungspflegehelfer* nachdrücklich gefördert werden. Dabei muß angestrebt werden, daß diese in der Versorgung von seelisch und geistig behinderten Kindern und Jugendlichen bewährten Berufe auch für die Übernahme entsprechender Aufgaben in der Versorgung seelisch und besonders geistig behinderter Erwachsener aus- bzw. weitergebildet werden. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, in Modellversuchen zu erproben, inwieweit die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten durch die Entwicklung neuer Berufsbilder (z. B. Suchtkranken- helfer) verbessert werden kann.

3. Besondere Gesichtspunkte der Psychotherapie/ Psychosomatik *)

In die Curricula der Ausbildungsgänge für Angehörige sämtlicher Berufsgruppen, die mit medizinischen, psychologischen und soziologischen Methoden präventive, beratende und therapeutische Aufgaben zu bewältigen haben, ist psychosoziales Grundlagenwissen (Grundbegriffe der Ökonomie, Soziologie, Entwicklungspsychologie, Konfliktpsychologie, Kommunikationstheorie und Familientheorie) einzufügen. In Ausbildungsgängen, in denen psychosoziales Grundlagenwissen bereits berücksichtigt wurde, ist eine stärkere Gewichtung anzustreben und zugleich dafür zu sorgen, daß eine Überlastung der Curricula vermieden wird. Diese Empfehlung gilt für die Fächer der Pädagogik (Lehrerausbildung), Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Rechtswissenschaft, Medizin, Psychologie und Soziologie (s. C. 4.1.).

Speziell für die Ausbildung der Medizinstudenten ist es erforderlich, zur Realisierung der mit der Approbationsordnung von 1970 Gesetz gewordenen, aber weithin noch nicht realisierten Ausbildung in Psychotherapie und Psychosomatik an allen deutschen Universitäten selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Einheiten zu schaffen, die als Ordinariate mit zugeordneten Abteilungen oder Kliniken einzurichten sind. Zugleich sind die notwendigen institutionellen Voraussetzungen zur Ausbildung in medizinischer Psychologie und medizinischer Soziologie zu schaffen (C. 4.2).

Weiterbildung ist praxisnah und tätigkeitsbegleitend zu organisieren, was bedeutet, daß die Gegebenheiten des psychosozialen Feldes ebenso strukturbildend sein müssen wie klinische Erfahrungen (C. 4.3.1).

Der Bedeutung des Gebietes Psychotherapie/Psychosomatik gemäß ist ein Facharztstitel bzw. eine Gebietsbezeichnung einzuführen. Nach dem gegenwärtigen Stand der ärztlich-psychotherapeutischen Berufspraxis und der in den Instituten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. verwirklichten Weiterbildungsanforderungen ist die analytische Psychotherapie eine in Jahrzehnten gewachsene Fachrichtung, die dem Stand der Weiterbildung zum Facharzt bereits entspricht. Dem Weiterbildungsgang zum analytischen Psychotherapeuten (C. 4.3.4) vergleichbare Weiterbildungsgänge von Seiten anderer Psychotherapierichtungen (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie) liegen bisher nicht vor. Wenn sich für andere psychotherapeutische Methoden die Frage der rechtlich anerkannten Qualifikation stellt, müßten sie in bezug auf die klinische Erfahrungsgrundlage wie nach Umfang und Weiterbildungsanforderungen vergleichbare Maßstäbe erfüllen (C. 4.3.2.2). Die Einführung eines Facharztes im Bereich Psychotherapie/Psychosomatik wird Gelegenheit geben, die bisherigen Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ neu zu überdenken und genauer zu fassen.

*) s. Fußnote zu C.4

In den Weiterbildungsgängen zum Arzt für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin, für Kinder- und Frauenkrankheiten und für Dermatologie und Urologie sind psychosoziale Kenntnisse und Interventionsformen angemessen zu vermitteln (C. 4.3.9.1). Die gesetzliche Absicherung eigenständiger Berufstätigkeit klinischer Psychologen wird für dringend notwendig gehalten. Einzurichtende Weiterbildungsgänge für Psychologen zum Psychotherapeuten sollen den Standards bestehender Weiterbildungsgänge entsprechen (C. 4.3.3 und C. 4.3.4).

Der schon bestehende Weiterbildungsgang zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist entschieden zu fördern (C. 4.3.6).

Außerdem werden empfohlen:

- ein spezieller Weiterbildungsgang für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, um Angehörige dieses Berufsstandes in die Lage zu versetzen, beratende und sozialtherapeutische Aufgaben für die weitgehend unversorgten, sozial benachteiligten Schichten der Bevölkerung wahrzunehmen (C. 4.3.7),
- Weiterbildungsgänge für Krankenschwestern zur Wahrnehmung der besonderen Aufgabenstellungen in psychotherapeutisch/psychosomatischen Kliniken (C. 3.3.3),
- Weiterbildungsgänge für Berufe im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste, im Kontext sozialer Institutionen und im Rahmen der Sozialarbeit (C. 4.3.9.2).

In der zukünftigen Planung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung kommt der Einrichtung von Weiterbildungsinstituten eine besondere Bedeutung zu, einerseits um die Weiterbildungskapazität zu erhöhen, andererseits und vorrangig, um erstmals bessere Versorgungsmöglichkeiten von bisher unterversorgten Regionen zu erreichen. Es wird daher empfohlen, den Aufbau von Weiterbildungsinstituten durch zureichende Stellenpläne und sonstige Mittelzuweisungen vorrangig in bisher unterversorgten Regionen zu fördern. Versorgungsgerechte Zielvorstellungen lassen es als dringlich empfehlenswert erscheinen, pro Region von ca. einer Million Einwohnern ein Weiterbildungsinstitut einzurichten, dessen Ausstattung mindestens Weiterbildungsgänge zum Fachpsychotherapeuten und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) ermöglicht (C. 4.4).

Es ist dringend erforderlich, Fortbildung für sämtliche Angehörige psychosozialer Berufe entschieden zu fördern (C. 4.5).

3.13 Rechtliche Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

Die Sachverständigen-Kommission hat eine Reihe von verschiedenartigen, für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wesentlicher Rechtsprobleme aufgegriffen. Im einzelnen handelt es sich um Fragen des Leistungs- und Versicherungsrechts, des Kassenarztrechts, des Arbeitsrechts, der Verantwortung von in der Versorgung Tätigen, um Fragen

Zusammenfassung

der Freiheitsentziehung, der Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts, der Heimunterbringung, der Postkontrolle, der Schuldunfähigkeit bei psychisch kranken alten Menschen, der freiwilligen Sterilisation, des Datenschutzes und der Registrierung von psychisch Kranken.

Die Sachverständigen-Kommission spricht zu den angeführten Rechtsproblemen folgende, hier zusammengefaßt dargestellte Empfehlungen aus:

1. Den seelisch und geistig Behinderten muß im Rahmen der sozial- und rehabilitationsrechtlichen Regelungen ein gleichartiger Rechtsstatus wie den körperlich Kranken gewährt werden.
2. Die in § 5 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes vorgesehenen zentralen Auskunftsstellen sollten umgehend geschaffen werden, da die verwirrende Vielzahl von Leistungsträgern und Leistungsangeboten, besonders für psychisch Kranke, seelisch und geistig Behinderte undurchschaubar ist.
3. Leistungsbeschränkungen im Bereich der privaten Krankenversicherung, vor allem auf dem Gebiet der Psychotherapie, müssen abgebaut werden.
4. Von den gegebenen rechtlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten Versorgung muß im größtmöglichen Umfang Gebrauch gemacht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten hierzu in erforderlichem Umfang Ermächtigungsverträge mit Ärzten und mit ärztlich geleiteten Einrichtungen abschließen. Die Träger von Krankenhauseinrichtungen sollten diese Entwicklung unterstützen. Die Möglichkeit stationärer und teilstationärer Tätigkeit niedergelassener Ärzte sollte besser genutzt werden.
5. Im Hinblick auf die notwendige Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal bei der Krankenbehandlung sollte der Gesetzgeber für die nichtärztlichen Berufsgruppen, beispielsweise die Psychologen, klare Aufgaben- und Verantwortungsbereiche fixieren.
6. Eine Novellierung der Unterbringungsgesetze der Bundesländer ist geboten. Dabei ist insbesondere eine generell stärkere Betonung des fürsorgerischen Aspekts der Unterbringung, z. B. durch Einbeziehung vorbeugender und nachgehender Hilfsmaßnahmen zu berücksichtigen.
7. Die in dem Entwurf eines „Gesetzes zur Neuordnung der elterlichen Sorge“ (BT-Drucksache 7/2060) vorgesehene Einbringung eines § 1631 a ist zur Lösung der bei der Unterbringung von Minderjährigen durch ihre Eltern entstehenden Probleme untauglich und sollte unterbleiben.
8. Eine Gesamtreform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts ist im Interesse der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erforderlich.

Anzustreben wäre die Entwicklung eines abgestuften Systems von Betreuungsmaßnahmen

anstelle und in Ergänzung der bisherigen Vormundschaft und Pflegschaft unter Einbeziehung der fürsorgerischen Unterbringung sowie der Ersatz der Entmündigung durch die Feststellung von „Betreuungsbedürftigkeit“ und gleichzeitige Bestellung eines „Betreuers“ mit Regelung seines Aufgabenkreises.

9. In allen Ländern sollte, soweit nicht schon geschehen, eine formalrechtliche Bestimmung über die Postkontrolle bei untergebrachten psychisch Kranken getroffen werden.
11. Die bisherige Arbeitsbelohnung für psychisch Kranke sowie geistig und seelisch Behinderte, die in einem psychiatrischen Krankenhaus beschäftigt werden, sollte durch ein echtes Arbeitsentgelt abgelöst werden. Zur Verwirklichung dieser Empfehlung müßten, unabhängig von der rechtlichen Qualifikation der Patientenarbeit, besondere gesetzliche Regelungen geschaffen werden. Diese besondere Regelung könnte etwa in einem „Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse“ erfolgen.
12. Infolge der unterschiedlichen Funktionen bestimmter Heimtypen sind jeweils andere Mindestanforderungen für Heime in sachlicher, personeller und räumlicher Hinsicht zu stellen. In Heimen, die auch der Pflege und Behandlung dienen, ist ein Arzt an der Heimleitung zu beteiligen. Der unscharfe und fragwürdige Begriff des Pflegefalles sollte fallengelassen werden.
13. Die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen müssen von den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher berücksichtigt werden. Es wäre zu erwägen, ob bei Erstdelinquenten im höheren Lebensalter eine Verpflichtung des Richters zur Prüfung der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB gesetzlich verankert werden sollte, und ob dem Richter in Fällen erheblich verminderter Schuldfähigkeit bei alten Menschen grundsätzlich zu gestatten ist, über die Strafmilderungsmöglichkeiten nach § 21 StGB in Verbindung mit § 49 StGB hinauszugehen.
14. Eine gesetzliche Regelung, die auch die Sterilisation solcher geistig behinderter Personen zuläßt, die einwilligungsunfähig sind und bei denen der Eingriff in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse angezeigt ist, wäre anzustreben.
15. Die Gesetze und Gesetzentwürfe zum Schutz vor Mißbrauch personenbezogener Daten im Hinblick auf das besondere Schutzbedürfnis psychisch Kranker und Behinderter sind mit Hilfe psychiatrischer Sachverständiger und unter Einschaltung der für die Psychiatrie zuständigen Ressorts des Bundes und der Länder zu überprüfen. Dabei sollten spezifische Datenschutzregelungen für die besonderen Belange im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, soweit dem nicht durch die allgemeinen Normen des Datenschutzes Rechnung getragen werden kann, geschaffen werden.

16. Der § 13 des Bundeszentralregistergesetzes ist ersatzlos zu streichen.

3.14 Prävention (s. E.)

Die Sachverständigen-Kommission hat sich in verschiedenen ihrer Arbeitsgruppen mit den außerordentlich bedeutsamen Problemen einer Vorbeugung psychischer Krankheiten und Behinderungen befaßt. Empfehlungen, die sich auf die Früherfassung, die frühzeitige Einflußnahme, die Verhinderung von Rückfällen und von Chronifizierung beziehen (sekundäre und tertiäre Prävention) finden sich vor allem in den Abschnitten über das Vorfeld spezieller Dienste (B. 2), über komplementäre und rehabilitative Dienste (B. 3.4 und B. 3.5) sowie über die Versorgung besonderer Alters- und Patientengruppen (B. 3.7, B. 3.8 und B. 3.9). Die Frage, ob und wie weit sich das Auftreten psychischer Störungen und Behinderungen von vornherein verhindern läßt, wird in einem eigenen Kapitel zusammenfassend behandelt. Es werden dort Möglichkeiten erörtert, wie sich einerseits der Einfluß krankheitsfördernder Faktoren — u. a. auch im Bereich des Wohnens und der Arbeit — ausschalten bzw. mildern läßt und andererseits die Widerstandsfähigkeit gegenüber solchen Einflüssen erhöht werden kann. Ein großer Teil der Empfehlungen zur primären Prävention bezieht sich verständlicherweise auf Maßnahmen für das Kindes- und Jugendalter (Vorsorgeuntersuchungen und Nachuntersuchungen von Risikokindern, Vermehrung der Beratungs- und speziellen Fortbildungsangebote für Eltern, Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer, Berücksichtigung psychohygienischer Forderungen im gesamten Bildungsbereich, Ausbau differenzierter Bildungs- und Berufsberatungsmöglichkeiten). Außerdem aber wird die Forderung nach gemeindenahen Familienberatungsstellen und Kriseninterventionsmöglichkeiten unterstützt und die Entwicklung von Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhütung von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit empfohlen. Für das höhere Lebensalter sind vor allem Möglichkeiten eines schrittweisen Übergangs in den Ruhestand, vielfältige soziale Aktivitäten in allen Wohneinrichtungen für alte Menschen und deren bessere psychohygienische Betreuung vorzusehen.

3.15 Forschung

Die Sachverständigen-Kommission macht zur Intensivierung und Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik folgende Vorschläge:

1. Bestandsaufnahme der Forschungsinhalte.
2. Förderung von Forschungsabteilungen an Universitäten oder Forschungsinstituten an psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäusern bzw. Suchtkliniken mit klar definierten Forschungsaufgaben in stufenweisem Aufbau.
3. Verstärkte Förderung von Forschungsstätten und Forschungseinrichtungen, die Forschungs-

ausbildung für junge Wissenschaftler der Fachgebiete vermitteln können.

4. Bereitstellung von Mitteln für die internationale Zusammenarbeit und für den Austausch von Wissenschaftlern.
5. Entlastung wissenschaftlich und klinisch tätiger Hochschullehrer von einem wesentlichen Teil ihrer Lehrverpflichtungen in besonderen Fällen. Schaffung klinischer Forschungsprofessuren.
6. Differenziertere Regelungen bei der Freistellung von Assistenten für die Forschungstätigkeit. Der in den Hochschulgesetzen verschiedener Bundesländer festgelegte Anspruch der wissenschaftlichen Assistenten auf Zeit für eigene Forschungstätigkeit ist ein fragwürdiges Instrument zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Anrecht auf Zeit für eigene wissenschaftliche Arbeit muß — ebenso, wie die Zuerkennung eines Forschungsstipendiums — vom Nachweis relevanter Vorhaben, ihrer kontinuierlichen Durchführung sowie bereits erbrachter wissenschaftlicher Leistungen abhängig bleiben.
7. Einführung eines Beraterverfahrens mit laufender Projektbetreuung im Rahmen des Normalverfahrens der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Dabei muß die fachwissenschaftliche Befähigung und einschlägige Forschungserfahrung des Beraters besser sichergestellt werden, als dies bisher bei der DFG geschehen ist.
8. Schaffung von Lebenszeitpositionen, z. B. in Kliniken und Instituten für besonders befähigte und ausgewiesene Wissenschaftler der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik ohne Zwang zum Ergreifen der Hochschullehrerlaufbahn.
9. Integration von Abteilungen oder Arbeitsgruppen für klinische Psychologie und der neugeschaffenen Abteilungen oder Lehrstühle für medizinische Psychologie und Soziologie in klinischen Zentren der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik, um den notwendigen Praxisbezug zu gewährleisten.
10. Schaffung besserer Voraussetzungen für die Umsetzung von Forschungsergebnissen in Pläne und Maßnahmen durch die befristete Berufung erfahrener Wissenschaftler z. B. als Berater bei den Ministerien.

3.16 Prioritäten (s. H.)

Ausgehend von der Bestandsanalyse und den Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter setzt die Sachverständigen-Kommission zur Realisierung der Reform in einem ersten Schritt folgende Prioritäten:

1. Grundforderung

Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung voraus-

Zusammenfassung

- zugehen. Diese Grundforderung muß auch bei jeder Verwirklichung von Reformen berücksichtigt bleiben.
2. Rahmenbedingungen
- Auf dem Wege zur Realisierung der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission sind unter allen Umständen folgende Rahmenbedingungen einzuhalten:
- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung,
 - das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
 - das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste,
 - das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.
3. Im einzelnen setzt die Sachverständigen-Kommission folgende Prioritäten:
- a) Aus- und Aufbau der komplementären Dienste (Heimsektor),
 - b) Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste,
 - c) Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern,
 - d) Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
 - e) Vorrangige Verbesserung der Versorgung
 - von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen,
 - von Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern,
 - f) Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen.

Zum Enquete-Schlußbericht hat Prof. Dr. H. Hippus als Vizepräsident der DGPN ein Sondervotum abgegeben. Diesem Sondervotum haben sich angeschlossen: Prof. Dr. Degkwitz, Dr. Dilling, Prof. Dr. Harbauer, Prof. Dr. Janz, Dr. Leonhardt, Prof. Dr. Reimer, Dr. Sautter, Prof. Dr. von Zerßen (s. S. 411).

Der Bericht der Sachverständigen-Kommission wurde dem Deutschen Bundestag zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25. November 1975 — 341.2 — 474 — 5.

Auszug aus diesem Schreiben:

Die Bundesregierung hat zur Erarbeitung der Enquete eine unabhängige Sachverständigen-Kommission berufen. Bei der Ausführung des ihr erteilten Auftrages war die Sachverständigen-Kommission frei, ihren eigenen Erkenntnissen und Auffassungen zu folgen. Die Enquete kann weder als Ganzes noch in den Einzelheiten als Bericht der Bundesregierung angesehen werden.

Da die in der Enquete empfohlenen Maßnahmen wegen der bestehenden Zuständigkeiten weitgehend Aufgaben der Länder, der Träger und Verbände sind, werde ich diesen die Enquete zuleiten.

Die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der in der Enquete aufgezeigten dringlichsten Probleme als auch der längerfristigen Maßnahmen ist von den finanziellen Möglichkeiten abhängig. In diesem Zusammenhang verweise ich auf die Drucksache 7/1124 (Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission).

Da die Kosten der kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern sehr erheblich sind, muß schon jetzt darauf hingewiesen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und abgestuft möglich ist und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können.