

Antwort der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD – Drucksache 12/2019 –

Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland

Die vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975 lauten:

- gemeindenahe Versorgung,
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
- Koordination aller Versorgungsdienste,
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Diese vier Hauptempfehlungen sind heute genauso aktuell wie 1975.

Die Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, die das Modellprogramm von 1980 bis 1985 beratend begleitet und es danach sorgfältig analysiert hatte, legte 1988 Empfehlungen vor, die sich als Fortschreibung der Psychiatrie-Enquete und ihrer vier Hauptforderungen verstehen.

Diese Empfehlungen machen wegen des Ausmaßes und der Komplexität der zu lösenden Probleme die weiterhin gemeinsame Verantwortung von Bund, Ländern und Gemeinden deutlich. Vor allem aber ist der Bund aufgefordert, weil er nach dem Grundgesetz (Artikel 72) unbeschadet der Länderkompetenz für das Gesundheitswesen tätig werden kann, „wenn Angelegenheiten durch die Gesetzgebung einzelner nicht wirksam geregelt werden können und die Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse über das Gebiet des Landes hinaus dies erfordert“, und weil er für die wesentlichen Leistungsgesetze zuständig ist.

In der alten Bundesrepublik Deutschland wäre die Umsetzung der Expertenempfehlungen durch den Bund aufgrund der unterschiedlichen Lebensverhältnisse seit Jahren geboten. Dreizehn Jahre nach Abschluß der Psychiatrie-Enquete stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1988 kritisch fest:

„Trotz deutlicher Verbesserungen in den beiden letzten Jahrzehnten bestehen insbesondere für die nicht-

stationäre psychiatrische Langzeitversorgung, die Kinder-, Jugend- und Gerontopsychiatrie ernstzunehmende Defizite. Die Bedeutung einer wohnortnahen Versorgung mit differenzierten Angeboten an nichtstationären Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen neben den Praxen niedergelassener Ärzte (Klinikambulanzen, Tageskliniken, Übergangsheime, betreute Wohnangebote, sozialpsychiatrische Dienste, Kontaktstellen, geschützte Arbeitsplätze u. a.) ist gewachsen. Allerdings ist bislang weder ein flächendeckendes Angebot entstanden noch die Finanzierung dieser Einrichtungen gesichert oder für die Beteiligten eindeutig geregelt. Zwischen und innerhalb der Bundesländer bestehen deutliche Disparitäten. Die unerläßliche regionale Kooperation ist nur in einzelnen Bereichen ausreichend verwirklicht. Der beschriebene Mangel erschwert einen weiteren Abbau der Betten in psychiatrische Langzeitkrankenhäusern und eine dauerhafte wohnortnahe Behandlung, Rehabilitation oder Integration der Kranken.“

Nach der Vereinigung der beiden Teile Deutschlands ist der Aspekt der „Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse“ von besonders bedrückender Aktualität. Der Bericht der Aktion Psychisch Kranke „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ vom Mai 1991 zeigt die „vielen Defizite und zum Teil katastrophalen und menschenunwürdigen Verhältnisse“ in den neuen Bundesländern.

In ganz Deutschland aber ist die Not dieser Patienten gleichermaßen ein ungelöstes Problem. Die gesundheitliche, soziale und materielle Lage der chronisch psychisch Kranken und Behinderten ist nach Meinung der Expertenkommission katastrophal: „Es fehlt für sie weitgehend an qualifizierten fachlichen Hilfen. Sie sind zu nahezu 90 Prozent aus dem Erwerbsleben ausgegrenzt. Sie fristen von Kleinrenten und Sozialhilfe ein Leben an der Armutsgrenze. Ihre Chancen, am gesellschaftlich-kulturellen Leben teilzunehmen, sind in einem Ausmaß beschränkt, das die Expertenkommission als beschämend für ein so wohlhabendes und dem

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministers für Gesundheit vom 17. Dezember 1992 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Sozialstaatsprinzip verpflichtetes Land wie die Bundesrepublik Deutschland empfindet.

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

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

Die politisch Verantwortlichen sind darum aufgefordert, durch humanitäre wie finanzielle Anstrengungen einen Beitrag zu leisten, damit die noch immer vorhandene krasse Benachteiligung psychisch Kranker wie ihrer Familien endlich beseitigt wird.

Da der Bundesregierung

- sechzehn Jahre nach Abschluß der Psychiatrie-Enquete,
- sechs Jahre nach Beendigung des von der sozialliberalen Bundesregierung eingeleiteten Modellprogramms Psychiatrie,
- drei Jahre nach Übergabe der Empfehlungen durch die Expertenkommission und
- drei Jahre nach dem Gutachten des Sachverständigenrates,
- ein halbes Jahr nach Übergabe des Gutachtens der Aktion Psychisch Kranke „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“

genügend detaillierte Vorschläge hierfür seit langem vorliegen, ist es an der Zeit, sie nach ihrem Beitrag zu fragen:

Vorbemerkung

Nach gut 15 Jahren Psychiatriereform ist festzustellen, daß in der psychiatrischen Versorgung ein Strukturwandel stattgefunden hat, der sich an den in der Psychiatrie-Enquête von 1975 bereits formulierten Grundsätzen einer bedarfsgerechten, dezentral organisierten Gemeindepsychiatrie orientiert hat. Die Bundesregierung hat durch eine großzügige Modellförderung dazu beigetragen, dem Reformimpuls der Psychiatrie-Enquête zum Durchbruch zu verhelfen. So sind in einigen Regionen die neuen Konzepte schon in bemerkenswerter Weise etabliert worden. Diese Entwicklung hat jedoch noch nicht flächendeckend stattgefunden.

Das zentrale Problem der Umstrukturierung ist nach wie vor der Aufbau dezentraler und gemeindeintegrierter ambulanter und komplementärer Versorgungsdienste zur Versorgung chronisch psychisch Kranker. Die Konzepte dafür liefern u. a. die von der Bundesregierung veranlaßten Modellprogramme und Modellprojekte. Die „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich – auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung“ von November 1988 sind als grundlegende Gesamtkonzeption zur Reform der psychiatrischen Versorgung anzusehen. Die Empfehlungen müssen in der Ausgestaltung den Erfordernissen zukünftiger Entwicklungen ständig angepaßt und fortgeschrieben werden. Die

Bundesregierung hat hierzu Stellung genommen (Drucksache 11/8494).

Die Konzepte der psychiatrischen Versorgung haben im Zuge der Reform den Wandel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch/rehabilitierenden Psychiatrie eingeleitet.

Die Kenntnisse der Bundesregierung über den Stand der psychiatrischen Versorgungssituation beruhen auf einer Fülle von Einzeldaten. Seit der Enquête-Erhebung 1973 wurde keine globale Statistik über die psychiatrische Versorgung der Bundesrepublik Deutschland mehr erstellt. Der Ruf nach einer bundeseinheitlichen Basisdokumentation besteht seit der Enquête. Aufgrund der föderativen Struktur der Bundesrepublik Deutschland liegt jedoch die Zuständigkeit für die hier angesprochenen Versorgungsaufgaben, so auch für die Erfassung solcher Daten, eindeutig bei den Ländern. Die zukünftige Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und Bundesebene wird Bedeutung für die Landes- und Kommunalplanung haben. Auf die Grenzen solcher Datenerhebungen aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen sei nur kurz hingewiesen.

Die Beantwortung dieser Großen Anfrage verlangte neben der Wiedergabe zentral erfaßter Daten auch umfassende Angaben aus dem psychiatrischen Versorgungsbereich, für den die Zuständigkeit, so auch für die Erfassung der Versorgungsdaten, eindeutig im Kompetenzbereich der Länder liegt. Die Länder haben sich in einer Ausschusssitzung ihrer Psychiatriereferenten am 23./24. März 1992 nicht auf eine gemeinsame einheitliche Länderdarstellung geeinigt, sondern beschlossen, daß jedes Land die Angaben in eigener Verantwortung liefert.

Die Angaben der Länder wurden im Zeitraum zwischen Juni und August 1992 mitgeteilt. Es ist davon auszugehen, daß die Angaben den aktuellen Stand wiedergeben. Die Angaben wurden, soweit sie vorlagen, in den als Mitteilung der Länder gekennzeichneten Abschnitten übernommen.

Zwar liegen die Angaben der Länder nicht in einer einheitlichen und gleichmäßig umfassenden Form vor, da von seiten der Länder nicht auf eine Basisdokumentation oder zentrale Dokumentation zurückgegriffen werden konnte. Die Situation in den neuen Ländern wird zusätzlich noch dadurch erschwert, daß sich im gegenwärtigen Umstrukturierungsprozeß im psychiatrischen Versorgungsbereich die Situation und somit auch die Daten rapide verändern. Gleichwohl geben die Daten ein aktuelles Bild über die Versorgungssituation in den einzelnen Ländern, das eine Standortbestimmung und Erfassung von Trends zuläßt.

Die zum Teil wenig einheitlichen Angaben der Länder machen nochmals die Bedeutung einer Basisdokumentation auch für den ambulant/komplementären Versorgungsbereich deutlich, wie dies im Rahmen der Ländergesundheitsberichterstattung geleistet werden soll.

Die vorliegenden Daten zeigen deutlich die regionalen Unterschiede in der strukturellen Umsetzung der Konzepte sowie die Vielfalt in der Ausgestaltung einer

modernen psychiatrischen Versorgung, die unsere pluralistische Gesellschaft und unser gegliedertes System der sozialen Sicherheit ermöglichen. Die zum Teil sehr unterschiedlichen Lösungsansätze, strukturellen Ausgestaltungen und Erfahrungen in den einzelnen Ländern erforderten eine Länderdarstellung im einzelnen. Nur so war es möglich, die Versorgungssituation in einer Weise abzubilden, die eine bundesweite Übersicht im Sinne der Fragestellung entstehen läßt.

Es zeigt sich, daß die vorhandenen rechtlichen Rahmenbedingungen den Aufbau einer modernen Psychiatrie erlauben. Die Verantwortung für die flächendeckende Umsetzung liegt nicht bei der Bundesregierung. Die Bundesregierung hat Rahmenbedingungen und Alternativen aufgezeigt, in die sich die Versorgungsstrukturen hinein entwickeln können. Eine Umstrukturierung mit dem Ziel weiterer Reduzierung von Krankenhausbetten muß mit der Schaffung entsprechender komplementärer Versorgungseinrichtungen einhergehen. Hierauf sowie auf sinnvolle Finanzierungsregelungen müssen sich die Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort verständigen.

Auf der Grundlage der Daten, die durch die obersten Gesundheitsbehörden der Länder, die Spitzenverbände z. B. der Krankenversicherungsträger, den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und das Statistische Bundesamt übermittelt worden sind, ergibt sich folgender Überblick über die Versorgungssituation:

Die Psychiatrischen Krankenhäuser haben sich den veränderten konzeptionellen Anforderungen durch innere und äußere Sektorentwicklung mit spezialisierten und fachgerechten Angeboten für unterschiedliche Indikationen angepaßt. Dieser Strukturwandel war in den alten Bundesländern verbunden mit einer Reduzierung der Bettenzahlen von rd. 150 000 Betten im Jahre 1976 auf rd. 73 000 1991. Die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben von ca. 20 im Jahr 1971 auf jetzt rd. 200 mit einer Bettenzahl von ca. 11 000 zugenommen, die eine nahezu flächendeckende Versorgung bieten.

Die durchschnittliche stationäre Verweildauer in der Allgemeinpsychiatrie wurde von ehemals 152 Tagen auf rd. 70 Tage 1990 verkürzt. Die neue patientenorientierte Personalbemessung in der stationären Psychiatrie, die seit 1991 Gültigkeit hat, bildet die Grundlage für eine entscheidende Verbesserung der stationären psychiatrischen Versorgung.

Die ambulante Versorgung hat sich durch den Ausbau gemeindeintegrierter teilstationärer, ambulanter und komplementärer Behandlungsangebote einschließlich der im Gesundheits-Reformgesetz geregelten Tageskliniken und Institutsambulanzen grundlegend verändert und verbessert. Das zunehmende Angebot im komplementären Bereich kommt vor allem chronisch Kranken zugute. Der von den Bundesländern übermittelte Überblick weist jedoch vor allem in diesem Bereich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sowie auf regionaler Ebene innerhalb der einzelnen Länder auf. Ein Grund hierfür sind sicher

auch die noch immer nicht befriedigend gelösten Finanzierungsabgrenzungen und -zuständigkeiten.

Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater hat sich mit bundesweit 5 469 am 31. Dezember 1991 seit der Psychiatrie-Enquête von 1975 verdreifacht. Gegenüber dem Vorjahr betrug die Zuwachsrate 8,4 %.

Psychiatrische Institutsambulanzen haben einen festen Platz als wichtiges Bindeglied in der Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Versorgung der Gruppe der schwerer gestörten und rückfallgefährdeten Patienten gewonnen.

Bundesweit wird von 134 Institutsambulanzen ausgegangen, wobei sie nicht in allen Bundesländern eine flächendeckende Versorgung ermöglichen.

Sozialpsychiatrische Dienste haben sich als wichtiges Element der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung durchgesetzt, obgleich auch hier noch nicht überall ein gleich hoher Versorgungsgrad und Versorgungsstandard erreicht worden sind.

Unterschiede bestehen weiterhin hinsichtlich der Finanzierung, Trägerschaft und Personalausstattung, insbesondere der ärztlichen Besetzung und Behandlungsbefugnis.

Die Errichtung von Tagesstätten in den einzelnen Bundesländern weist besonders große regionale Unterschiede auf.

Bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfolgt die Finanzierung der Leistungen der Tagesstätten derzeit überwiegend im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz. Investive Kosten werden vielfach vom Land getragen. Die ambulanten Leistungen liegen – soweit vom Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßt – bei den Krankenkassen oder als psychosoziale Maßnahmen in der Verantwortung der Kommunen und freien Träger.

Nach wie vor gebührt der freiwilligen und ehrenamtlichen Hilfe ein bedeutender Platz in der Versorgungskette für psychisch kranke Mitbürger. Formen der Selbsthilfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip unverzichtbar. Ihre Förderung ist grundsätzlich eine kommunale Aufgabe. Diese wichtigen Hilfspotentiale werden jedoch ergänzend sowohl aus Mitteln des Bundes als auch aus Landesmitteln gefördert.

Die Bedeutung beschützter Wohnformen für eine moderne Psychiatrie ist unumstritten. Sie sind eine entscheidende Voraussetzung dafür, daß Konzepte der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung verwirklicht werden können. Die Verantwortung, diese Wohnformen in verschiedener Abstufung anzubieten, wird von den Kommunen wahrgenommen. Der Bedarf an diesen Angeboten ist bundesweit noch hoch. Die Bereitstellung geeigneter Wohnangebote hängt wesentlich von der Bereitschaft der Leistungsträger ab, solche Projekte gemeinsam bzw. anteilig zu finanzieren und zu fördern.

Von besonderer Bedeutung sind arbeits- und berufsrehabilitierende Maßnahmen. Mit der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) wurde ein Konzept der Zusammenarbeit bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gefunden. Jedoch sind in der Praxis nicht alle Vertragspartner bereit, darauf hinzuwirken, daß in jedem Bundesland zumindest eine Modelleinrichtung „RPK“ geschaffen wird. Für die Frage einer bedarfsgerechten Rehabilitationsmaßnahme ist mitentscheidend, daß die Erreichbarkeit für die Rehabilitanden zumutbar ist.

Zur beruflichen Eingliederung von psychisch Behinderten sind umfassende individuelle Leistungen im Leistungsrecht vorhanden.

Ebenso werden betriebliche Förderungen durch die Bundesanstalt für Arbeit zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen in Schwerbehinderten/Selbsthilfefirmen gewährt und auch berufliche Förderungsmaßnahmen wie Umschulung und Fortbildung.

Die Werkstätten für Behinderte stellen derzeit 8 000 bis 9 000 Plätze für psychisch Behinderte zur Verfügung. In einigen Bundesländern existieren Übergangseinrichtungen und bewähren sich bei der Aufgabenstellung der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation.

Die Lage der Psychiatrie in den neuen Bundesländern wurde durch eine Bestandsaufnahme im Auftrag der Bundesregierung 1990 dargestellt. Sie zeigte, daß dort eine ähnliche Situation vorlag wie in den alten Bundesländern zu Beginn der Psychiatriereform Ende der 60er Jahre. Die Lage war geprägt von einer zentralistischen krankenhauserorientierten psychiatrischen Versorgung; differenzierte ambulante und komplementäre Versorgungsangebote fehlten. Eine Vielzahl von Maßnahmen sind seither auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ergriffen worden. Vielerorts ist bereits mit dem Aufbau geeigneter Versorgungsstrukturen begonnen worden. Die Versorgungssituation wandelt sich rapide. Für den Aufbau einer modernen Psychiatrie gelten ebenso wie in den alten Bundesländern die aus der Psychiatrie-Enquête und den Modellprogrammen gewonnenen Erkenntnisse und Grundsätze. Diese Entwicklung wird von der Bundesregierung durch die Förderung von Modellprojekten und -regionen unterstützt, die weitere überregionale Impulse geben.

A. Psychiatrie in den neuen Bundesländern

1. Wie beurteilt die Bundesregierung das 1991 erschienene Gutachten zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, das zum Teil katastrophale und menschenunwürdige Verhältnisse insbesondere in den stationären Einrichtungen feststellt?

Schon während der Vorgespräche zum Einigungsvertrag spielte die Situation der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen Deutschen Demokratischen

Republik eine große Rolle. Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) hatte die Absicht, die Situation der Psychiatrie mit einer Bestandsaufnahme über die Lage der Psychiatrie in den neuen Ländern als Grundlage für zukunftsorientierte Maßnahmen gerecht zu werden. Bei der Gesundheitsministerkonferenz im November 1990 wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von den Gesundheitsministern der neuen Länder gebeten, diese Absicht zügig in die Tat umzusetzen.

Der vorliegende Bericht „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik – Bestandsaufnahme und Empfehlungen –“ wurde von Experten aus dem Bereich der Psychiatrie der alten und neuen Länder in nur sieben Monaten geleistet. Infolge des Zeitdrucks, der sich aus dem aktuellen Handlungsbedarf ergab, und infolge der z. T. rasanten Veränderungen war es nicht möglich, alle Aspekte des Versorgungssystems umfassend zu berücksichtigen. Der Bericht erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und umfassende Bewertung wie die Enquête zur Lage der psychiatrischen Versorgung in der alten Bundesrepublik von 1975. Er gibt eine Darstellung der Versorgungssituation und stellt die Schwierigkeiten des Umstrukturierungsprozesses dar.

Die in dem Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen basieren auf den Grundsätzen der Psychiatrie-Enquête von 1975 und den bei der wissenschaftlichen Auswertung der Modellprogramme der Bundesregierung erarbeiteten Erkenntnissen.

Die Bestandsaufnahme hat gezeigt, daß in der Deutschen Demokratischen Republik eine ähnliche Situation vorlag wie in den alten Ländern zu Beginn der Psychiatriereform Ende der 60er Jahre. Außerdem haben eine zentrale Planungsbürokratie, Fehlen einer demokratischen Öffentlichkeit, ideologische Ausblendung der psychosozialen Dimension psychischen Krankseins, aber auch ökonomische Zwänge und Mangelsituationen, von Ausnahmen, die auf das Engagement einzelner zurückzuführen waren, abgesehen, eine Psychiatrie-Reform nicht aufkommen lassen. Die Situation war gekennzeichnet durch eine Dominanz zentralistischer krankenhauserorientierter Betreuung bei gleichzeitigem Fehlen differenzierter ambulanter und komplementärer Versorgungsangebote (z. B. betreutes Wohnen, Kontakt- und Beratungsstellen). Die ambulante Versorgung wurde von den neuropsychiatrischen Abteilungen an Polikliniken und Dispensaires geleistet. Die Größe der psychiatrischen Anstalten war sehr unterschiedlich und schwankte zwischen ca. 300 und 1 800 Betten, wobei die Mehrzahl über 450 bis 800 Betten verfügte. Bauliche, ökonomische und organisatorische Mängel waren Ursachen für die schwerwiegenden Defizite der stationären Krankenhausversorgung. Daneben erschwerte eine sehr hohe Fehlplatzierungsquote von teilweise 60 % und die völlige Durchmischung von Langzeitpatienten mit Patienten verschiedenster Erkrankungen und Behinderungen eine problemspezifische Behandlung und Betreuung. Ein viel zu geringer Personalbestand führte dazu, daß sich die psychiatrische Versorgung überwiegend in einer Verwahrung erschöpfte.

Die aktuelle Lage der psychiatrischen Versorgung in den neuen Bundesländern ist noch immer nicht ausreichend.

Ein großer Teil der fehlplazierten hospitalisierten Patienten ist nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig und könnte in anderen, geeigneteren Einrichtungen behandelt und betreut werden.

Hiervon ist vor allem die Gruppe der chronisch psychisch Kranken betroffen, die zu einem beträchtlichen Teil nur deswegen im Krankenhaus unter ungünstigen Bedingungen bleiben muß, weil ambulante und komplementäre Versorgungsangebote, wie z. B. betreute Wohnformen, tagesstrukturierende Angebote, Sozialpsychiatrische Dienste noch nicht in ausreichender Zahl bestehen.

2. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um für psychisch Kranke in den neuen Ländern möglichst schnell die gleichen Lebensverhältnisse zu realisieren wie in den alten, und wie will die Bundesregierung die Reform der Psychiatrie hier voranbringen?

Der Einigungsvertrag (Artikel 33, Abs. 1) verpflichtet die Gesetzgeber von Bund und Ländern, „die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird“. Das gilt auch für die psychiatrische Versorgung.

In Erfüllung dieser Verpflichtung hat die Bundesregierung im Rahmen des Gemeinschaftswerkes „Aufschwung Ost“ und des Kommunalen Kreditprogramms den Kreisen und Kommunen in den neuen Ländern umfangreiche Mittel zur Verfügung gestellt, um u. a. in einer ersten Aufbauphase die dringend notwendige Sanierung der Krankenhäuser in Angriff zu nehmen.

Darüber hinaus wird ein Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Ländern eingerichtet, zu dem der Bund, die neuen Länder und die Krankenkassen beitragen.

Der Bund wird in den Jahren 1995 bis 2004 eine jährliche Finanzhilfe von 700 Mio. DM bereitstellen.

Über Qualifizierungsprogramme fördert die Bundesregierung Informations- und Schulungsveranstaltungen, um Entscheidungsträger und Führungskräfte aus dem klinischen und administrativen Bereich über inhaltliche und organisatorische Fragen psychiatrischer Versorgung, z. B. in den Bereichen

- Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenhäuser,
- Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern,
- Personalausstattung/Qualifikation,
- ambulante Versorgungsmöglichkeiten,
- Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation,
- das gegliederte System der sozialen Sicherheit zu informieren.

Ebenso wie in den alten Bundesländern ist auch für die neuen Bundesländer die am 1. Januar 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung eine entscheidende Grundlage für die Verbesserung der Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen und damit für die Qualität der Behandlung psychisch Kranker.

Es werden Beratungshilfen für die Krankenhausorganisation (Bedarfs-, Finanz- und Investitionsplanung), das Krankenhausrecht und zur Umstrukturierung von Polikliniken zu Angeboten sozialer oder gesundheitlicher Dienste aufgebaut.

Die Berufs- und Standesorganisationen sowie die Spitzenverbände haben die Angebote zur Information und die praktischen Hilfen von Anfang an gut angenommen, wie u. a. die große Zahl der Niederlassungen von Ärzten zeigt. Im Bereich der Krankenhäuser haben sich die sogenannten dauerhaften „Patenschaften“, insbesondere der Landschaftsverbände, als effiziente Hilfe erwiesen.

Besondere Bedeutung kommt der Unterstützung der Selbsthilfe in den neuen Ländern zu. Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips spielt sie eine entscheidende Rolle für die psychisch Kranken. Die Bundesregierung fördert Aktivitäten des Dachverbandes und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker sowie Angebote zur Qualifizierung der in den Selbsthilfegruppen Tätigen.

Für sozialpsychiatrische Hilfsangebote im ambulanten und komplementären Bereich (z. B. im Bereich des betreuten Wohnens, tagesstrukturierender Maßnahmen und der Kontakt- und Beratungsstellen), die nicht vollständig in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung fallen und deren Finanzierung bisher noch nicht geregelt werden konnte, kann die besondere Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen durch die Bundesanstalt für Arbeit genutzt werden, wenn im Einzelfall die Fördervoraussetzungen erfüllt werden.

Die Bundesregierung teilt die Sorge um weitere Beschäftigung von chronisch psychisch Kranken und Behinderten in den Betrieben, insbesondere, da Werkstätten für Behinderte, Selbsthilfefirmen oder Hauptfürsorgestellen noch nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Die Koordination der zur Eingliederung Behinderter erforderlichen Dienste und Einrichtungen wird weiterhin ein wichtiges Thema bleiben.

Um den gezielten Aufbau der für eine moderne Psychiatrie im Sinne der Reform so wichtigen ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen zu fördern, werden seit 1991 vom Bundesminister für Gesundheit Modellprojekte im Rahmen des Modellverbundes „Psychiatrie“ in den neuen Bundesländern gefördert. Im Hinblick auf die Bedarfslage in den neuen Ländern sind zusätzliche Mittel für die Durchführung von Modellprojekten und Modellregionen in Höhe von 4 Mio. DM für das Haushaltsjahr 1992 genehmigt und 10 Mio. DM für 1993 in der Finanzplanung vorgesehen worden, die zum größten Teil zur Förderung von Modellregionen in allen neuen Bundesländern Verwendung finden. Durch die wissenschaft-

liche Begleitung der Modellprojekte sollen Erkenntnisse über den Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungsnetzes auf der Grundlage des gegliederten Systems des Gesundheitswesens, aber auch unter Berücksichtigung gewachsener Versorgungsstrukturen gewonnen werden.

3. Warum fördert die Bundesregierung den Anshub der Psychiatriereform in den neuen Ländern nicht mit einem vergleichbaren Finanzaufwand wie seinerzeit in den alten Bundesländern, wo der Bund insgesamt 186,5 Mio. DM für vierzehn ländliche und städtische Modellregionen ausgab?

Die Bundesregierung hat mit den zur Frage 2 genannten Sonderprogrammen umfangreiche Investitionshilfen zur Verfügung gestellt, die von den Ländern und Kommunen auch für die psychiatrische Versorgung genutzt werden können. Darüber hinaus hat die Bundesregierung nur eine Zuständigkeit für die Durchführung von Modellprojekten, die neue und übertragbare Erkenntnisse über den Aufbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen erbringen sollen, die sich an den Grundsätzen unseres gegliederten Systems des Gesundheitswesens orientieren und vorhandene Ressourcen miteinbeziehen. Auch das von 1980 bis 1985 in den alten Bundesländern durchgeführte Bundesmodellprogramm „Psychiatrie“ hatte den Auftrag, den Grundsätzen der Psychiatriereform, die zum großen Teil bereits in der Psychiatrie-Enquête von 1975 formuliert waren, zum Durchbruch zu verhelfen, indem es nach neuen, tragfähigen und übertragbaren Versorgungsstrukturen suchte, die das Vorbild für die Ausgestaltung der Versorgung in Ländern und Kommunen sein sollten. Die Erkenntnisse liegen seit 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Versorgung im psychiatrischen, psychosomatisch/psychotherapeutischen Bereich vor. Hierzu hat die Bundesregierung 1990 Stellung genommen (Drucksache 11/8494). Das damalige Modellprogramm war nicht konzipiert, um Versorgungslücken zu schließen, da diese Aufgabe nach der Kompetenzverteilung der Verfassung von den Ländern erfüllt werden muß.

4. Welche Beträge sind aus dem „Gemeinschaftswerk Aufschwung Ost“ in psychiatrische Einrichtungen investiert worden, zu welchem Zweck, für welche Maßnahmen und in welche Einrichtungen?

Im Rahmen des Gemeinschaftswerkes „Aufschwung Ost“ konnten von den neuen Bundesländern die Mittel aus der im Jahre 1991 bereitgestellten kommunalen Investitionspauschale in Höhe von 5,3 Mrd. DM für die Sanierung insbesondere von Schulen, Altenheimen und Krankenhäusern in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus hat der Bund den neuen Ländern das Kommunale Kreditprogramm in Höhe von 15 Mrd. DM zur Verfügung gestellt.

Nach dem gegenwärtigen Stand der Abrechnung der Kommunen sind folgende Mittel für den gesamten Krankenhausbereich einschließlich der Psychiatrie im

Rahmen der kommunalen Investitionspauschale des Gemeinschaftswerkes „Aufschwung Ost“ eingesetzt worden:

Verwendung der kommunalen Investitionspauschale

Land	Investitionspauschale gesamt		davon für Krankenhäuser absolut in %
	in Mio. DM	in Mio. DM	
Brandenburg	875,2	82,7	9,4
Mecklenburg-Vorpommern	640,1	45,4	7,0
Sachsen	1 660,0	199,9	12,0
Sachsen-Anhalt	919,1	67,1	7,8
Thüringen	837,6	56,4	6,7
Berlin	403,2	47,0	11,7

Das Kommunale Kreditprogramm, das im Rahmen des Förderschwerpunktes „Krankenhäuser, Altenheime und Behinderteneinrichtungen“ günstige Kredite für die Sanierung bot, wurde nur in geringem Umfang genutzt, da die neuen Länder wegen langfristiger Belastung ihrer Haushalte die Übernahme des Schuldendienstes scheuten. Insgesamt haben 56 Krankenhäuser einen Kreditantrag gestellt. Nach Kostenübernahmeerklärung durch die Länder konnten für 11 Krankenhäuser Kredite in Höhe von 216 Mio. DM (das sind 1,4 % des Gesamtvolumens) durch die Berliner Industriebank gewährt werden.

Insgesamt gesehen kann festgestellt werden, daß sich die Situation der Krankenhäuser in den neuen Ländern durch die Soforthilfe des Bundes und der alten Länder in den Jahren 1989 und 1990 sowie durch die Bereitstellung der hohen Förderpauschalen durch die Länder aufgrund des Einigungsvertrages deutlich verbessert hat.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Den psychiatrischen Einrichtungen standen aus dem Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“ ein Gesamtbetrag in Höhe von 1 800 000 DM zur Verfügung, der für folgende Maßnahmen verwendet wurde:

- Schwerin: Erneuerung der Elektro- und Wasser-netze der Nervenklinik mit einer Summe von 1 Mio. DM,
- Wismar: Dacherneuerung, Umbau des Chefarztbereiches sowie Neuausstattung mit Bettenleuchten in den Patientenzimmern mit einer Gesamtsumme von 650 000 DM,
- Greifswald: Fassadensanierung 150 000 DM.

Brandenburg:

Insgesamt sind 10 Allgemein-Krankenhäusern, die über psychiatrische Abteilungen verfügen oder solche aufbauen sollen, und einem Fachkrankenhaus Mittel aus dem Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“ zuge-

flossen. In der Mehrzahl der Fälle wurden diese Mittel für allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaus-Infrastruktur verwendet. Speziell der Psychiatrie zugute kamen die Mittel in der Psychiatrischen Landeslinik Brandenburg und im Klinikum Frankfurt/Oder in Höhe von 3,1 Mio. DM, d. h. 6,8 % der bereitgestellten Mittel.

Sachsen-Anhalt:

Der Einsatz der finanziellen Mittel über das Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“ wurde durch die jeweiligen Kommunen festgelegt. Dem Sozialministerium lag keine Übersicht über die von den Kommunen für psychiatrische Einrichtungen verwandten Gelder vor, in die Landeskrankenhäuser sind keine Investitionsmittel aus diesem Fonds geflossen.

Sachsen:

Von 12 potentiellen Empfängern haben 4 Einrichtungen Beträge aus dem Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“ für Sanierungsarbeiten erhalten.

5. Ist die Bundesregierung bereit, in den neuen Ländern mit einem Aufbauprogramm Psychiatrie-Ost zu helfen, z. B. durch Einrichtung von Psychiatriekoordinatoren, Fortbildungsmaßnahmen etc.?

Die Bundesregierung sieht die gemeinsame Verantwortung von Bund, Ländern und Kommunen für den Aufbau einer bedarfsgerechten modernen psychiatrischen Versorgung.

So dient beispielsweise die Investitionshilfe des Bundes im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms ab 1995 dem Ziel, durch eine zeitlich begrenzte Finanzhilfe die unterschiedliche Wirtschaftskraft der Länder anzugleichen und das Niveau der stationären Versorgung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zügig und nachhaltig zu verbessern. Dabei bleiben die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung unberührt. Zur Verwirklichung dieser Ziele stellen die einzelnen Länder im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Landeskrankenhausesellschaft jährlich fortzuschreibende gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme auf. Die Länder beteiligen sich am gemeinsam finanzierten Investitionsprogramm in mindestens gleicher Höhe wie der Bund.

Über die Bereitstellung der Investitionsmittel im Rahmen der Sonderprogramme und die Qualifizierungsmaßnahmen hinaus, hat die Bundesregierung nur eine Zuständigkeit für die Förderung von Modellmaßnahmen.

Über Einzelmodelle und Modellregionen fördert die Bundesregierung den Aufbau einer modernen Psychiatrie in den neuen Bundesländern. Dabei orientiert sie sich weitgehend an den Grundsätzen der Psychiatrie-

Enquête und den aus der Auswertung der Modellprogramme gewonnenen Erkenntnissen. Im Modellprogramm „Psychiatrie“ hat sich die Trias aus Dezernent, Koordinator und Beirat im Prinzip als wirkungsvolles Instrument bei der regionalen Psychiatrieplanung und Umsetzung bewährt.

Mit dem Qualifizierungsprogramm stellte die Bundesregierung 243 455 DM für die Jahre 1991 und 1992 zur Verfügung für regionale Fortbildungsveranstaltungen und Tagungen in allen Ländern. Die Programme richteten sich an Verantwortliche und Entscheidungsträger aus dem klinischen und administrativen Bereich der psychiatrischen Versorgung sowie der Selbsthilfe und informieren über inhaltliche und organisatorische Grundsätze des Aufbaus einer modernen Psychiatrie.

6. Inwieweit ist die Bundesregierung bereit, dem o. g. Gutachten zu folgen, das feststellt, daß die ambulante psychiatrische Versorgung auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik in erster Linie – wenn auch sehr lückenhaft – durch die Kreispolikliniken, Ambulatorien, staatlichen Arztpraxen sowie angehängten Dispensaires gewährleistet wurde, in denen sich durch ein Team aus Psychiatern, Fürsorgerinnen, Psychologen, Arzthelferinnen, Krankenschwestern und vor Ort tätigen Gemeindeschwestern ärztliche Behandlung mit Vor- und Nachsorge sowie sozialfürsorgerischer Tätigkeit nach Art sozialpsychiatrischer Dienste bündelte, und darum empfiehlt, den Zusammenbruch der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu verhindern und die Einrichtungen entsprechend § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Einigungsvertrag) abzusichern?

Welche Finanzierungsinstrumente wurden hierfür geschaffen?

Neuro-psychiatrische Abteilungen an Kreispolikliniken, Ambulatorien, staatlichen Arztpraxen in äußerst geringer Zahl sowie vereinzelte Dispensaires für spezielle Patientengruppen, dienten der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Die ambulanten Einrichtungen waren in der Regel multiprofessionell besetzt (Arzt, Psychologe, Gesundheitsfürsorgerin, Schwester), wobei von den meisten Polikliniken abgesehen, ein Arzt nicht obligatorisch war. Ihr Aufgabenspektrum umfaßte Behandlung mit Vor- und Nachsorge sowie sozialfürsorgerische Tätigkeiten. Das an sich flächendeckend konzipierte System garantierte jedoch infolge unterschiedlicher Ausstattungen mit Personal und Räumlichkeiten, aber auch unterschiedlicher Nutzung der multiprofessionellen Möglichkeiten der einzelnen Einrichtungen, keine einheitlich gute Versorgung.

Der Gesetzgeber hat durch § 311 SGB V (Einigungsvertrag) die rechtlichen Voraussetzungen für den Weiterbetrieb der entsprechenden Polikliniken und Ambulatorien im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung geschaffen. Es ist vorgesehen, die Polikliniken und Ambulatorien über den 31. Dezember 1995 hinaus weiterhin zur kassenärztlichen Versorgung zuzulassen. Es fällt in den Verantwortungsbereich der Länder und Gemeinden bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung der Länder, vor Ort dafür zu sorgen, daß Defizite in der ambulanten psychiatrischen Versorgung vermieden werden.

7. Wie hat sich die Zahl der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, insbesondere der Dispensaires, seit dem Einigungsvertrag entwickelt?

Obwohl der Erhalt der Polikliniken laut Einigungsvertrag durch eine Übergangsregelung bis 1995 gesichert war, spielen Ambulatorien und Polikliniken nur noch eine eher untergeordnete Rolle in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Der überwiegende Teil der Ärzte hat sich in Einzelpraxen niedergelassen. Daneben bilden sich in den ehemaligen Einrichtungen Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Ärztehäuser, Gesundheitszentren bzw. medizinisch-soziale Zentren heraus.

Damit erscheint die ambulante psychiatrische Versorgung gesichert.

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Stand vom 31. Dezember 1991 nehmen 577 Nervenärzte und Psychiater in den neuen Bundesländern an der kassenärztlichen Versorgung teil.

Die Aufteilung auf die einzelnen Bundesländer ist folgender Tabelle zu entnehmen:

Bundesland	Kassen-/Vertragsärzte		
	in der Praxis	in Einrichtungen	nur ermächtigt
Mecklenburg-Vorpommern	46	7	23
Brandenburg	44	18	20
Berlin (Ost)	53	22	7
Sachsen-Anhalt	68	14	0
Thüringen	62	7	1
Sachsen	119	33	30
Gesamt	392	101	81

Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen wie betreutes Wohnen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstätten befinden sich im Aufbau.

Die Dispensaires bzw. ihre Aufgaben sind in den öffentlichen Gesundheitsdienst eingegliedert.

Institutsambulanzen bieten krankenhausentlassenen, schwerer gestörten und rückfallgefährdeten Patienten durch multiprofessionelle Besetzung eine kontinuierliche Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt unter Einschluß ambulant aufsuchender Betreuung. Ihre Finanzierung ist in den §§ 118 und 120 SGB V geregelt.

Damit sind die Weichen für eine flächendeckende und wohnortnahe ambulante und komplementäre Versorgung gestellt.

Versorgungslücken werden durch die Erteilung persönlicher Ermächtigungen geschlossen.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Es bestehen noch 7 Polikliniken mit je einer Abteilung für Psychiatrie/Neurologie, die sich bis 1995 auch in andere Betreuungsformen umstrukturieren werden.

Fünf Institutsambulanzen bestehen in Schwerin, Wismar, Greifswald, Ueckermünde und Rostock.

Ein wichtiger Schwerpunkt wird in der Schaffung von Tageskliniken und Tagesstätten gesehen. In Schwerin und Wismar haben zwei Tagesstätten mit dieser Betreuungsform begonnen. In Schwerin wurde eine gerontopsychiatrische Tagesklinik eingerichtet.

Die Tageskliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Schwerin und Rostock mußten schließen, da sich für ihren weiteren Betrieb kein Finanzierungsmodus fand.

37 Sozialpsychiatrischen Dienste sind an allen Gesundheitsämtern der Kreise eingerichtet worden und gewährleisten eine flächendeckende Versorgung. Die Besetzung der Leitung mit Fachärzten war bisher auf Grund des Ärztemangels nur teilweise möglich. Nach dem Entwurf zum Gesetz für psychisch Kranke ist vorgesehen, daß jeder Sozialpsychiatrische Dienst durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet wird.

Brandenburg:

Die Zahl der ambulanten Versorgungseinrichtungen – Polikliniken, Gesundheitszentren, Dispensaires u. ä. –, an denen psychiatrische Gebietsärzte tätig sind, hat sich seit 1989 drastisch reduziert. In 2 bis 3 Kreisen bestehen Neuropsychiatrische Abteilungen an einer Poliklinik. Alle fünf Psychiatrische Landeskliniken verfügen über eine neurologisch-psychiatrische Fachambulanz.

Sachsen-Anhalt:

Fünf Institutsambulanzen wurden vor der Kassenärztlichen Vereinigung an psychiatrischen Fachkrankenhäusern zugelassen. Der Krankenhausplan sieht für 1992 210 Tagesklinikplätze zur psychiatrischen Versorgung vor.

Berlin:

Für jeden Bezirk im Ostteil wurden entsprechend der Organisationsstruktur im Westteil Berlins Gesundheitsämter aufgebaut. Dabei wurden ehemalige Einrichtungen des DDR-Gesundheitswesens (etwa Neuropsychiatrische Beratungsstellen, z. T. an den Polikliniken) zu Sozialpsychiatrischen Diensten (mit festgelegtem Personalschlüssel auf 100 000 Einwohner), Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten sowie Suchtberatungsstellen umstrukturiert. Zusätzlich zu bereits bestehenden tagesklinischen Angeboten an den Ostberliner Psychiatrischen Krankenhäusern bestehen konkrete Pläne für regionale Tageskliniken in drei Bezirken.

Sachsen:

Es existieren zur Zeit 15 Institutsambulanzen.

8. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele geistig Behinderte sich in den psychiatrischen Krankenhäusern der neuen Länder befinden, wie viele Jahre sie dort untergebracht sind, ob einzelne Krankenhäuser und aus welchen Gründen besonders belastet sind?

Das Gutachten zur Lage der Psychiatrie in der Deutschen Demokratischen Republik hat 1991 im stationären Bereich eine auffallende Heterogenität der Einrichtungen und Dienste in bezug auf ihre räumliche und personelle Ausstattung, die Größe ihrer Einzugsgebiete festgestellt sowie eine sehr hohe Fehlplatzierungsquote und völlige Durchmischung von Langzeitpatienten mit Patienten verschiedenster Erkrankungen und Behinderungen ohne problemspezifische Behandlung und Betreuung: Geistig Behinderte, Psycho-Kranke, mehrfach geschädigte Alkoholiker, verwirrte und alte Menschen sind auf den Stationen gemeinsam untergebracht. In den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen leben geistig Behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammen.

Auf diese Weise wurden kinderneuropsychiatrische Stationen in nicht unerheblichem Umfang zu ungeeigneten Langzeit-Pflegeeinrichtungen für schwer geistig Behinderte, auch wenn diese längst das Erwachsenenalter erreicht hatten.

Ein großer Teil der fehlplazierten, hospitalisierten Patienten ist nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig und könnte in anderen geeigneten Einrichtungen mit geeigneteren Behandlungskonzepten behandelt und betreut werden. In vielen Kliniken hat ein Prozeß der Umstrukturierung und Ausgliederung geistig Behinderter in dezentrale heilpädagogische Einrichtungen begonnen; dieser kann realistischweise nicht kurzfristig beendet werden.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Insgesamt sind 200 geistig Behinderte noch in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Der größte Teil befindet sich seit mehr als zwei Jahren in den Krankenhäusern.

In Stralsund befinden sich 55 und in Ueckermünde 116 geistig Behinderte in Heimbereichen der Krankenhäuser. Diese relativ hohe Zahl ist dadurch bedingt, daß nach einer notwendigen Aufnahme zur Akutbehandlung keine Möglichkeit zur Verlegung besteht, obwohl keine Krankenhausbearbeitungsbedürftigkeit mehr vorliegt.

Brandenburg:

In den fünf psychiatrischen Landeskliniken sind derzeit noch ca. 600 geistig Behinderte untergebracht; die Hälfte davon in der Landeslinik Brandenburg, welche in den siebziger Jahren im kinderneuropsychiatrischen Bereich sich verstärkt auf die Versorgung geistig Behinderter spezialisierte. Die mittlerweile erwachsenen geistig Behinderten werden noch weiterhin in der Landeslinik Brandenburg betreut. Die durchschnittliche

Verweildauer liegt in allen Landeskliniken für diese Klientengruppe bei ca. 13 Jahren.

Sachsen-Anhalt:

In den Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Fachkrankenhäusern befinden sich 1 505 geistig und seelisch Behinderte (Stand: 20. Juli 1991). Davon sind 839 geistig Behinderte. Eine direkte Analyse der zeitlichen Aufenthaltsdauer ergab, daß durchschnittlich 50 bis 60 % länger als zwei Jahre in Krankenhäusern untergebracht sind.

Berlin:

In den psychiatrischen Krankenhäusern im Ostteil der Stadt befanden sich nach einer Ende 1991 durchgeführten Stichtagserhebung 157 geistig Behinderte in den nachfolgend genannten Einrichtungen, die in der überwiegenden Mehrheit der Fälle seit über zwei Jahren dort untergebracht waren. Es handelt sich um die beiden Fachkrankenhäuser – Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus – Krankenhaus Marzahn, Königin-Elisabeth-Krankenhaus Herzberge sowie um das Klinikum Berlin-Buch.

Nicht berücksichtigt in dieser Zahl sind geistig behinderte Patienten im Sankt-Josef-Krankenhaus, einem kirchlichen Psychiatrischen Fachkrankenhaus, das an der Umfrage nicht beteiligt war sowie voraussichtlich viele geistig Behinderte, die in den sogenannten Feierabend- und Pflegeheimen sowie Altenheimen leben. Eine entsprechende Untersuchung wird z. Z. ausgewertet.

Sachsen:

In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern sind ca. 1 800 geistig Behinderte untergebracht, die im Durchschnitt seit über 10 Jahren dort leben.

9. Kann die Bundesregierung Auskunft geben über den Versorgungsgrad mit „geschützten Arbeitsplätzen“ in den neuen Bundesländern
- vor der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion,
 - seit der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion,
 - seit der Vereinigung Deutschlands?

Laut Auskunft der Bundesanstalt für Arbeit als Anerkennungsbehörde für die Werkstätten für Behinderte gab es in der Deutschen Demokratischen Republik ca. 490 Betriebsabteilungen mit ca. 5 600 geschützten Arbeitsplätzen und ca. 240 Werkstätten mit ca. 6 400 Arbeitsplätzen für Behinderte.

Seit der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion bzw. seit der Vereinigung – eine Differenzierung der beiden Termine ist wegen fehlender Zwischenerhebungen nicht möglich – gibt es in den neuen Bundesländern 246 vorläufig anerkannte Werkstätten für Behinderte mit einer Steigerung auf ca. 16 000 Plätze.

Die meisten der o. g. Werkstätten für Behinderte genügen auf Dauer nicht den Anforderungen und sind des-

halb nur befristig anerkannt. Ein großer Teil ihrer Plätze muß ersetzt bzw. modernisiert werden. Die Bundesregierung hat bereits im Haushaltsjahr 1991 für Grundstückskäufe, Bau und Ausstattung von Werk- und Wohnstätten für Behinderte Haushaltsmittel in Höhe von 56,3 Mio. DM bereitgestellt, mit denen ca. 50 Einrichtungen gefördert werden. Für 1992 stehen aus dem Ausgleichsfonds 99 Mio. DM für ca. 40 Einrichtungen mit ca. 4 300 Plätzen zur Verfügung.

Durch die Umstrukturierung oder Auflösung vieler Betriebe ist die Mehrzahl der „geschützten Arbeitsplätze“ dort nicht mehr vorhanden. Sie sollen zunehmend durch Plätze in Werkstätten für Behinderte oder andere geschützte Arbeitsmöglichkeiten wie z. B. in Selbsthilfefirmen ersetzt werden.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

In Mecklenburg-Vorpommern existieren noch 6 geschützte Betriebsabteilungen, davon 5 im Bereich Schwerin und 1 in Rostock mit insgesamt 120 Arbeitsplätzen.

Es werden z. Z. große Anstrengungen unternommen, um noch vorhandene „geschützte Arbeitsplätze“ in Betrieben zu erhalten bzw. neue Arbeitsplätze und „geschützte Betriebsabteilungen“ zu schaffen.

Allein in Schwerin konnten 1992 40 „geschützte Arbeitsplätze“ neu geschaffen werden.

Brandenburg:

Es werden verstärkte Bemühungen unternommen, um die 19 Werkstätten für Behinderte mit verbundenen Abteilungen für psychisch Behinderte auszustatten. Diese Entwicklung steht in ihren Anfängen.

Sachsen-Anhalt:

Der Versorgungsgrad mit geschützten Arbeitsplätzen betrug

- | | |
|---|---------------|
| a) vor der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion | 1 700 Plätze |
| b) seit der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion | 1 400 Plätze |
| c) seit der Vereinigung Deutschlands | 3 100 Plätze. |

Das Ausbauziel sind 5 900 Plätze.

Der Anteil psychisch Behinderter ist nicht genau bekannt.

Berlin:

Von der zuständigen Senatsverwaltung für Soziales können zu dieser Frage keine Zahlen genannt werden, da entsprechende Statistiken nicht vorliegen.

In Sachsen werden nach dem Wegfall der geschützten Arbeitsplätze in Betrieben Werkstätten für psychisch Behinderte gegenwärtig geplant. Es gibt nur vereinzelt Arbeitsplätze für psychisch Kranke in einer gemeinnützigen Werkstatt und einer im Aufbau begriffenen Selbsthilfefirma.

10. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele stationär behandlungsbedürftige psychisch kranke ältere Menschen sich in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen unter ausreichenden medizinischen Bedingungen befinden, und für welche Anzahl von Kranken die Bedingungen dringend verändert werden müssen?

Der Aufbau von Gerontopsychiatrischen Abteilungen wurde von Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt gemeldet.

Hinsichtlich genauer Zahlen stationär untergebrachter gerontopsychiatrischer Patienten werden von Sachsen-Anhalt 400, Berlin (Ost) 172 und Sachsen 420 angegeben.

Bevor ausreichende eigenständige gerontopsychiatrische Bereiche existieren, muß davon ausgegangen werden, daß gerontopsychiatrische Patienten in den Psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind.

Das erhebliche Problem geriatrischer/gerontopsychiatrischer Patienten in den sog. Feierabend- bzw. Seniorenheimen mit nur unzureichender psychiatrischer Versorgung darf nicht übersehen werden.

11. Wie viele gerontopsychiatrische Betten in psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen der neuen Länder sind nach Ansicht der Bundesregierung zur Versorgung stationär behandlungsbedürftiger Kranker notwendig, und welchem Standard müssen die gerontopsychiatrischen Stationen entsprechen?

Der Bedarf an gerontopsychiatrischen Betten bzw. gerontopsychiatrischen Abteilungen ist von der gerontopsychiatrischen Qualifikation der ergänzenden Systeme (der allgemeinen Psychiatrie, der Pflegeheime und der ambulanten Strukturen) des Einzugsbereiches abhängig. Auf Grund regionaler struktureller Unterschiede kann man nicht von festen Zahlen ausgehen.

Die Frage nach dem Bedarf an gerontopsychiatrischen Betten ist von den Ländern im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung zu regeln.

So geht Brandenburg von keinem gesonderten Bedarfsschlüssel für gerontopsychiatrische Betten aus, sondern legt in seinem Krankenhausplan die Gesamt-Bettenzahl von 0,8 Betten in der Allgemeinpsychiatrie auf 1 000 Einwohner zugrunde.

Sachsen sieht ca. 666 gerontopsychiatrische Betten zur stationären Versorgung als notwendig an.

12. Ist der Bundesregierung die Versorgungsdichte und medizinische Leistungsbreite stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in den neuen Bundesländern bekannt, und kann sie Auskunft geben über Versorgungslücken oder Ausstattungsmängel sowie über fehlende therapeutische Möglichkeiten der Einrichtungen?

Die Bestandsaufnahme zur Lage der Psychiatrie in der Deutschen Demokratischen Republik von 1991 hat zur

Situation der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in den neuen Bundesländern Stellung genommen.

Die Lage ist von Besonderheiten bestimmt, die noch heute Gültigkeit besitzen.

Der Fachdisziplin mit der Bezeichnung „Kinderneuro-psychiatrie“ oblag die Versorgung schwer geistig Behinderter, in der Regel besonders pflegebedürftiger Kinder mit dem Schwerpunkt auf dem medizinisch-somatischen Aspekt.

Kinder mit geistiger und gravierender körperlicher Behinderung fanden in einer kinderneuropsychiatrischen Klinik Aufnahme, für den Fall, daß ihren Defiziten nicht mit den vorhandenen pädagogisch-heilpädagogischen Mitteln und Methoden begegnet werden konnte, die zur Förderung von jungen Menschen mit geistiger Behinderung generell und zur Behandlung

zusätzlich auftretender psychischer Störungen insbesondere als unverzichtbar galten.

Geistige Behinderung wurde, abhängig vom Schweregrad ihrer Ausprägung, als psychiatrisches Krankheitsbild verstanden. Das Vorliegen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung fand dabei weniger Berücksichtigung. So verblieben die bei ihrer Erstaufnahme nicht selten noch sehr jungen Patienten dann ohne zeitliche Befristung in der Klinik, wenn eine hinreichende soziale Integrationsfähigkeit nicht erreicht wurde. Alternative Unterbringungsmöglichkeiten für solche, trotz intensiver Förderung allgemein als dauerhaft schwerbehindert geltenden Menschen waren nur unzureichend verfügbar.

Die Anzahl der stationär behandelten Patienten 1990 nach Fachabteilungen einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie kann der Tabelle des Statistischen Bundesamtes VII D für die fünf neuen Bundesländer (außer Berlin) entnommen werden:

Statistisches Bundesamt VII D

Arbeitstabelle (Auszug)

Tabelle 2.1 Stationär behandelte Patienten 1990 nach Fachabteilungen

Fachabteilungen	Krankenhäuser	Betten	Belegungstage	Bettenauslastung	Verweildauertage	Patientenabgänge	durchschn. Verweildauer
Gebiet der ehemaligen DDR (ohne Berlin-Ost)							
Kinder-Jugend-Psych.	40	3 698	1 069 851	79,3	1 042 918	5 546	188,0
Psychiatrie	34	18 386	5 611 849	83,6	6 865 995	44 503	154,3
Brandenburg							
Kinder-Jugend-Psych.	4	371	104 991	77,5	107 153	835	128,3
Psychiatrie	5	3 543	1 215 899	94,0	1 399 455	9 102	153,8
Mecklenburg-Vorpommern							
Kinder-Jugend-Psych.	10	754	222 401	80,8	147 474	1 184	124,6
Psychiatrie	6	1 911	578 505	82,9	503 973	6 815	74,0
Sachsen							
Kinder-Jugend-Psych.	13	1 438	413 016	78,7	488 395	1 661	294,0
Psychiatrie	11	7 897	2 320 430	80,5	3 404 547	13 795	246,8
Sachsen-Anhalt							
Kinder-Jugend-Psych.	7	754	232 127	84,3	218 925	1 288	170,0
Psychiatrie	5	2 928	876 982	82,1	1 070 225	7 271	147,2
Thüringen							
Kinder-Jugend-Psych.	6	381	97 316	70,0	80 971	578	140,1
Psychiatrie	7	2 107	620 033	80,6	487 795	7 520	64,9

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Die Versorgung im stationären Bereich wird von der Bettenzahl als ausreichend angesehen, das Problem liegt in der fehlenden Gemeindenähe.

Große Probleme bestehen im ambulanten Bereich, da noch keine geeigneten Nachsorgeeinrichtungen vorhanden sind.

Es fehlt entsprechendes Fachpersonal, wie Beschäftigungstherapeuten, Erzieher, Dipl.-Psychologen, Physiotherapeuten, geschulte Pflegekräfte und Logo-

päden. Hierbei spielen auch häufig ungeklärte Finanzierungen eine Rolle.

Brandenburg:

Es bestehen 4 kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen; eine fünfte soll aufgebaut werden. Die Anzahlzahl von 0,87 Betten auf 1 000 Einwohner ist beim derzeitigen Versorgungsstand erreicht, aber geographisch ungleich verteilt. Die Leistungsbreite entspricht dem gesamten Spektrum der „Kinderneuro-psychiatrie“; die Zusammenarbeit zu ambulanten Strukturen der Jugendhilfe und Erziehungsberatung wird mit dem Entstehen dieser Angebote aufgebaut werden müssen.

Sachsen-Anhalt:

1991 wurden in sieben Krankenhäusern 632 kinder- und jugendpsychiatrische Betten vorgehalten. 1992 wurde diese Bettenzahl auf 383 reduziert, womit sich 1992 eine Bemessungsziffer von 0,13 je 1 000 Einwohner ergibt.

Berlin:

In den östlichen Bezirken Berlins haben drei Einrichtungen die Versorgungsverpflichtung für jeweils zwei bis fünf Bezirke für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung übernommen. Insofern ist die vollstationäre Versorgung gesichert und als zufriedenstellend zu bezeichnen. Soweit teilstationäre Angebote für eine Versorgungsregion noch völlig fehlen, sind sie kurzfristig geplant. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychotherapeuten fehlen fast völlig.

Sachsen:

Die medizinische Leistungsbreite in den stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist durch personelle Mängel (Fachärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Heilpädagogen) in unterschiedlichem Maße begrenzt und die räumliche Ausstattung ist zum großen Teil veraltet.

13. Hält die Bundesregierung eine Schwerpunktförderung des Bundes im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer ausgewählten Modellregion in einem Land in den neuen Bundesländern für erforderlich, um Impulse für das Fachgebiet zu geben?

Die Bundesregierung sieht in der Förderung von Projekten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen wichtigen Schwerpunkt für die Weiterentwicklung ambulanter, teilstationärer und stationärer psychiatrischer Versorgungsdienste.

Sie hat den Landesregierungen der neuen Bundesländer Mittel für die Förderung von Modellregionen zur Verfügung gestellt, in denen die Kinder- und Jugendpsychiatrie Berücksichtigung finden kann.

Die Sicherstellung der bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären/teilstationären Versorgung ist Aufgabe der Landeskrankenhausplanung.

Im ambulanten Bereich bedarf es neben einer ausreichenden Zahl niedergelassener Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Aufbaus von Umfeld- und Vorfeldeinrichtungen und Einrichtungen der Jugendhilfe.

Die Bundesregierung sieht den Bedarf der Modellförderung nicht nur im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, sondern generell für alle Belange der extramuralen Psychiatrie.

Das gilt insbesondere für die Entwicklung von Hilfsvereinen, Trägervereinen, lokalen Initiativen, kommunalen Versorgungsstrukturen. Modellregionen wirken nach aller Erfahrung als Multiplikatoren für andere Regionen.

B. Lage der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen

I. Basisdaten zur Lebenslage und psychiatrischen Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland

1. Welches sind die Gründe dafür, daß die Bundesregierung bisher Anfragen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach Übersichtsdaten zur psychiatrischen Versorgung nicht beantwortet hat, wie vergleichbare Industrieländer?

Verfügbare und öffentliche Daten werden der WHO auf Anfrage übermittelt.

Auf Grund der föderativen Struktur der Bundesrepublik Deutschland und der Zuständigkeit der Länder für das Gesundheitswesen besteht keine zentrale Erfassung aller Daten aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgung i. S. einer bundesweiten Dokumentation.

Dem Grundgesetz entsprechend werden Bundesgesetze im Gesundheitsbereich von den Behörden der Bundesländer „als eigene Angelegenheit“ in eigener Verantwortung ausgeführt, dies gilt auch für die psychiatrische Versorgung. Für föderative Staaten stellen sich solche Berichtsaufträge deshalb regelmäßig problematisch dar.

Darüber hinaus sind datenschutzrechtliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2. Welcher Mangel an Übersichtsdaten zur psychiatrischen Versorgung, wie die Expertenkommission feststellt, besteht in der Bundesrepublik Deutschland?

Für den stationären Bereich liegt im wesentlichen ausreichendes Datenmaterial vor.

(Verweis auf Frage B. I. 4.)

Regelungen zur systematischen Erfassung von Daten über das Angebot im ambulanten und komplementären Versorgungsbereich liegen in der Zuständigkeit der Länder.

3. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß es vor dem Hintergrund der Vereinigung un-

erläßlich ist, solche Daten getrennt für die beiden Teile Deutschlands zu ermitteln, und welche Maßnahmen zur Datenerhebung wird sie ergreifen?

Die Bundesregierung hat unmittelbar nach der Vereinigung Deutschlands mit dem Gutachten „Zur Lage der Psychiatrie in der ehem. DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen“ eine Erfassung der Situation in den neuen Bundesländern sowohl hinsichtlich der allgemeinen Problemkonstellation als auch in Form einer Erhebung von Basisdaten vorgenommen. Nunmehr liegt es in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer, die Datenlage zu erhalten und entsprechend der weiteren Entwicklung fortzuführen und zu verfeinern.

Die Entscheidung darüber, ob und inwieweit dem Vorschlag zu folgen ist, Dokumentationszentren auf Landesebene zu schaffen, liegt ebenfalls in der Zuständigkeit der Länder.

In Verbindung mit der Erstellung der Psychiatriepläne der einzelnen Bundesländer sind z. T. wissenschaftliche Institute von den Landesregierungen beauftragt worden, dafür datenmäßige Grundvoraussetzungen zu ermitteln.

Was die Frage nach getrennter Datenerhebung anbetrifft, sei gesagt, daß es mehr um eine länderbezogene Dokumentation als um eine Ost-West-Dokumentation geht.

4. Welche Quellen zur Ermittlung der jährlichen Basisdaten über die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland stehen der Bundesregierung in den alten und den neuen Bundesländern zur Verfügung, und welche Mängel gibt es in den alten und den neuen Bundesländern?

Die derzeitigen Quellen für die Ermittlung der jährlichen Basisdaten über die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung sind die vom Statistischen Bundesamt geführten Bundesstatistiken, insbesondere die Krankenhausstatistik, die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geführte Statistik über Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten sowie die von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellten Statistiken über die Zahl der berufstätigen Ärzte in den einzelnen Fachgebieten. Daten über das in Krankenhäusern beschäftigte Pflegepersonal werden ebenfalls beim Statistischen Bundesamt erfaßt, jedoch nicht getrennt nach medizinischen Fachgebieten.

Im Rahmen der Krankenhausstatistik stehen jährlich Informationen über Krankenhausbetten, Patientenbewegung, Pfl egetage und Personal je Fachkrankenhaus bzw. psychiatrische Abteilung zur Verfügung.

Jedoch muß berücksichtigt werden, daß das Konzept der Krankenhausstatistik eine Bestandsermittlung und -fortschreibung, wie sie zur Beurteilung der Versor-

gungssituation der an einer psychischen Erkrankung leidenden Menschen notwendig wäre, nicht zuläßt. Lediglich die während eines Berichtsjahres neu aufgenommenen stationär behandelten Patienten lassen sich für den Psychiatriebereich nachweisen. Art und Dauer der Behandlung sind dabei im einzelnen nicht bekannt. Zudem lassen die Datenschutzbestimmungen häufig nur eingeschränkte Auswertungsmöglichkeiten zu, die für Planungsentscheidungen zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsangebote notwendig wären.

Ab 1993 wird auf Grundlage der Krankenhausstatistik-Verordnung eine umfangreiche Diagnosestatistik mit ICD-Verschlüsselung zur Verfügung stehen.

Damit werden wichtige Erkenntnisse über Art und Häufigkeit psychischer Erkrankungen zu erhalten sein und die mittel- und langfristige gesundheitliche Planung und Entscheidung sowie deren Absicherung auf der Basis objektivierbarer Daten erleichtert werden.

An einzelnen Fachkliniken sind Abteilungen für Dokumentation eingerichtet, die die Basisdokumentation zentral für die landeseigenen Psychiatrischen Krankenhäuser erstellen.

Jährliche Basisdaten stellen weiterhin die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Bundesärztekammer zur Verfügung, dazu kommen wissenschaftliche Veröffentlichungen zu Spezialproblemen. Wesentliche Datenquellen bleiben jedoch die Krankenhauspläne sowie Krankenhausförderlisten der Länder, in deren Kompetenzbereich Fragen der Krankenhausplanung fallen. Regelungen zur systematischen Erfassung von Daten aus dem ambulant/komplementären Bereich liegen in der Zuständigkeit der Länder.

Wie auf der 64. Gesundheitsministerkonferenz am 24./25. Oktober 1991 in Wiesbaden betont wurde, ist eine aussagefähige Gesundheitsberichterstattung nur mit Unterstützung zahlreicher Partner auf freiwilliger Basis und im Rahmen interministerieller Kooperation auf Landesebene möglich. Dies gilt ebenso für den psychiatrischen Bereich.

Der von der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter vorgelegte Indikatorensatz wurde als fachlich geeignete Grundlage für eine Erstellung von Gesundheitsrahmenberichten der Länder angesehen.

Die Einbindung der neuen Länder in die Umsetzung des Gesundheitsrahmenberichtes und seiner Weiterentwicklung ist eine wichtige Aufgabe.

5. Sind nach Auffassung der Bundesregierung die im Rahmen des Modellprogramms entstandenen höchst umfangreichen Unterlagen eine geeignete Datenbasis?

Was soll mit den im Rahmen der Begleitforschung erhobenen Daten geschehen?

Ist die Bundesregierung bereit, ein bundesweites Dokumentationszentrum zu schaffen?

Das Modellprogramm hat vielfältige Informationen und Erkenntnisse erbracht. Wie stets bei Modellpro-

grammen, sind diese nicht unbedingt repräsentativ, so daß die Frage der Verallgemeinerung der gewonnenen Erkenntnisse jeweils im Einzelfall zu prüfen bleibt.

Die Schaffung von Dokumentationszentren in diesem Bereich ist Aufgabe der primär zuständigen Länder. Dies gilt im Rahmen des Föderalismus auch dann, wenn es sich um ein bundesweites Dokumentationszentrum handelt.

Sollten sich die Länder zur Schaffung eines solchen bundesweiten Dokumentationszentrums entschließen, so ist davon auszugehen, daß diese Einrichtung die Aufbauarbeiten an einem System der nationalen Gesundheitsberichterstattung, die sich im Stadium der Forschungs-Vorphase befinden, nutzt und für seinen Bereich ergänzt.

Auch nach dem erfolgreichen Aufbau eines Systems der Gesundheitsberichterstattung, das die vorhandenen Datenquellen besser nutzt als bisher, wird für den Bereich der psychiatrischen Versorgung ein Datenbedarf bestehen bleiben, der nur durch zusätzliche kostenaufwendige Primärerhebungen gedeckt werden kann. Solche zusätzlichen Datenerhebungen stoßen rasch an die Grenzen, welche durch die Haushaltslage von Bund und Ländern einerseits und die gesteigerte

Sensibilität des Bürgers gegenüber Datensammlungen andererseits, gezogen werden.

- 6. Ist der Bundesregierung bekannt,
 - wie viele Personen, einschließlich Abhängigkeitskranke, pro Jahr vollstationär, teilstationär und/oder ambulant behandelt werden,
 - wie viele Betten/Plätze durchschnittlich pro Jahr von diesen Personen belegt werden
- a) in Fachkrankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung,
- b) in Fachkrankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ohne Versorgungsverpflichtung,
- c) in Fachkliniken außerhalb der Bettenbedarfspläne der Länder,
 - wie viele Patienten, einschließlich Abhängigkeitskranke, länger als ein Jahr hospitalisiert sind?

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes existiert für vollstationäre Fälle in Fachabteilungen bundesweit bezogen auf die alten Bundesländer für 1990 folgende Tabelle (Auszug):

Krankenbetten; Pflegetage und Patientenbewegung (vollstationäre Fälle) in Krankenhäusern 1990

Nach Fachabteilungen Krankenhäuser insgesamt

Fachabteilung	Kranken- häuser	Plan- betten	aufgestellte Betten			Pflegetage	
			ins- gesamt	darunter		insgesamt	darunter für Intensiv- behandlung/ -überwachung
				Intensiv- betten	Beleg- betten		
			Anzahl				
1	2	3	4	5	6	7	

Kinder- und Jugendpsychiatrie	77	5 504	5 486	0	0	1 714 740	0
Psychiatrie	301	64 489	71 883	76	50	23 469 446	4 813
darunter Suchtkrankheiten	87	4 964	5 168	4	50	1 650 870	460

Patientenzugang				Patientenabgang				Fallzahl	Nutzungsgrad der Betten		Verweil- dauer
Auf- nahmen von außen	darunter		Ver- legungen innerhalb des Kranken- hauses	Ent- lassun- gen aus dem Kranken- haus	Ver- legungen in andere Kranken- häuser	durch Tod	Ver- legungen innerhalb des Kranken- hauses		ins- gesamt	darunter Intensiv- betten	
	Ver- legungen aus anderen Kranken- häusern	Stunden- fälle									
Anzahl									Prozent		Tage
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
11 071	838	120	702	11 326	622	9	508	11 688	85,6	–	148,74
330 196	39 610	9 382	15 637	328 406	29 471	4 788	12 765	336 513	89,5	17,4	69,7
45 118	4 050	1 438	1 973	46 536	2 722	48	1 485	46 147	87,5	31,5	35,8

Die Spitzenverbände der Krankenkassen machen zur stationären und teilstationären Versorgung folgende Angaben:

Hamburg

1990	13 704	Fälle vollstationär
	548	Fälle teilstationär
	1 523,7	vollstationäre Betten
	137,5	teilstationäre Betten

Bremen

1990		Teilstationäre Plätze
	68	Tagesklinik
	18	Nachtklinik

zu a)	511 Betten	Kinder- und Jugend- psychiatrie
+	39 Betten	
	40 Betten	Forensik
zu b)	224 Betten	(234 Betten Vorhaltung, davon 115 in Landes- krankenhausplan)
zu c)	119 Betten	nicht gefördert

Hessen

Versorgungsangebot 5 284 Betten
449 Kinder- und Jugend-
psychiatrie

Nordrhein-Westfalen

1988	5 578	Personen vollstationär, sonst keine Angaben
------	-------	--

Rheinland-Pfalz

1990	20 123	Fälle vollstationär
	273	Fälle teilstationär
zu a)	1 335	Betten stationär
	14	Betten teilstationär
zu b)	715	Betten stationär
	48	Betten teilstationär

Baden-Württemberg

a)	5 411	Betten
b)	1 714	Betten

Saarland

696	Fälle vollstationär
77	Fälle teilstationär

Kinder- und Jugendpsychiatrie; Jugendhilfe

Hamburg

stationär: 56 Betten

Brandenburg

stationär: 8,7 Plätze auf 100 Einwohner, z. Z. sind das
212 Betten, geplant 227 Betten

Nordrhein-Westfalen

stationär: 26 Abteilungen der Kinder- und Jugend-
psychiatrie

Baden-Württemberg

stationär: 14 Einrichtungen mit 355 Betten, Bedarf zur
Verbesserung der regionalen Versorgung;
noch 2 Einrichtungen mit 30 bis 35 Betten

Hessen

449 Betten stationär und teilstationär

Saarland

vollstationär 58 Betten
teilstationär 7 Betten.

Von der gesetzlichen Rentenversicherung wurden im
Jahr 1991 insgesamt 99 425 Heilbehandlungen wegen
psychischer Erkrankungen durchgeführt. Dabei ent-
fielen

- 32 891 Heilbehandlungen auf funktionelle Stö-
rungen;
- 27 114 Heilbehandlungen auf Suchtkrankheiten,
davon
 - 22 608 wegen Alkoholabhängigkeit,
 - 4 506 wegen Medikamenten- und Drogenabhän-
gigkeit;
- 21 990 Heilbehandlungen auf Neurosen und Per-
sönlichkeitsstörungen;
- 2 598 Heilbehandlungen auf Psychosen, davon 212
wegen organischer Psychosen;
- 928 Heilbehandlungen auf psychosomatische Er-
krankungen;
- 305 Heilbehandlungen auf Drogenmißbrauch ohne
Abhängigkeit;
- 143 Heilbehandlungen auf Oligophrenien;
- 13 447 Heilbehandlungen auf die sonstigen psychi-
schen Erkrankungen.

In der gesetzlichen Rentenversicherung betrug im Jahr
1991 die durchschnittliche Behandlungsdauer bei der
Diagnosegruppe 290 bis 319 (psychische Erkrankun-
gen) insgesamt 62 Tage (davon Männer 74 Tage,
Frauen 50 Tage).

Die einzelnen Gruppen wiesen im Jahr 1990 eine
durchschnittliche Behandlungsdauer in folgendem
zeitlichen Umfang auf:

- Medikamenten-Drogenabhängige: insgesamt 142
Pflegetage (davon Männer 144 Tage, Frauen 138
Tage);
- Alkoholabhängige: insgesamt 116 Pflegetage (da-
von Männer 116 Tage, Frauen 117 Tage);
- an funktionellen Störungen Erkrankte: insgesamt
34 Pflegetage;
- an sonstigen psychischen Leiden Erkrankte: insge-
samt 46 Pflegetage (davon Männer 45 Tage, Frauen
46 Tage).

Der überwiegende Teil der benötigten Betten (schätzungsweise bis zu 90 %) wird in Fachkliniken belegt, die nicht der Bedarfsplanung der Länder unterliegen. Die Durchführung der Leistungen erfolgt regelmäßig in vollstationärer Form in geeigneten Kliniken und Fachkliniken. Zu einem geringen Teil erfolgt auch eine Entwöhnung in Landeskrankenhäusern, ebenfalls in vollstationärer Form. In wenigen Einzelfällen werden die Patienten teilstationär in Tageskliniken entwöhnt. Die unter den Buchstaben a und b der Frage 6 genannten Fachkrankenhäuser oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit/ohne Versorgungsverpflichtung werden demgegenüber nicht durch die Rentenversicherung belegt, da es sich bei ihnen in erster Linie um Einrichtungen zur Behandlung von Akuterkrankungen handelt, für die die Krankenversicherungsträger zuständig sind.

Bei der geringen Zahl von Patienten, die länger als ein Jahr stationär in der Rehabilitationseinrichtung untergebracht sind, handelt es sich ausschließlich um Drogenabhängige. Genaue Zahlenangaben können allerdings nicht gemacht werden.

Statistisch erhobene Daten über die Anzahl der Patienten, die länger als ein Jahr hospitalisiert sind, liegen nicht vor. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser sind bis zu 50 Prozent der Patienten in psychiatrischen Kliniken Pflegefälle, für die die Sozialhilfe die Kostentragepflicht hat. Bei der bundesweit zur Verfügung stehenden Bettenzahl von 110 000 (davon 37 000 in den neuen Bundesländern) ist von etwa 50 000 Langzeitpatienten im Sinne der Fragestellung auszugehen (Verweis auf Antwort zu B.I.7.).

Über die Anzahl ambulant behandelter psychisch kranker Patienten liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

7. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Betten in psychiatrischen Krankenhäusern 1990 und/oder 1991 von solchen Langzeitpatienten belegt waren, die nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sind, für die aber geeignete Wohnungen sowie Hilfen zur Rehabilitation, Eingliederung und zur Bewältigung des Alltags in den Kreisen, Städten und Kommunen, aus denen sie kommen, fehlen?

Welchen Altersgruppen gehören diese Langzeitpatienten an?

Nach den übermittelten Angaben der Länder sind zwischen 24 bis 40 % und in den neuen Bundesländern z. T. noch ein höherer Anteil aller stationär behandelten Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig; einige Kliniken weisen auf Grund ihrer speziellen Struktur höhere Zahlen aus. Bei diesen Zahlenangaben muß berücksichtigt werden, daß keine Standardisierung der Diagnose „Langzeitpatient“ (ab ein halbes oder ein Jahr Krankenhausverweildauer) vorgegeben war und die Einschätzung der Prognose (Aussicht auf Rehabilitationserfolg oder Pflegefall) bei einer Stichtagserhebung prospektiv nicht immer möglich ist. Zu beachten

ist, daß ein Teil der Patienten auch z. B. in Übergangsheimen eine bedarfsgerechte Behandlung finden kann und es bei einem Teil aus therapeutischen Gründen gerechtfertigt ist, ihnen weiterhin Lebens- und Versorgungsmöglichkeiten im beschützenden Krankenhausmilieu zu bieten.

Nach einer überschlägigen Bereinigung um diese Faktoren übermittelt der Landschaftsverband Rheinland einen Schätzwert von ca. 25 bis 30 % des derzeit vorgehaltenen Gesamtbettenvolumens der Landeskrankenhäuser, die durch Patienten belegt sind, die in komplementären Einrichtungen bedarfsgerechter zu versorgen wären.

Als Haupthindernis für die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker und Behinderter werden allgemein fehlende gemeindeintegrierte Hilfen im ambulanten und komplementären Bereich

- des betreuten Wohnens,
- der Arbeit bzw. Beschäftigung sowie
- der Tagesstrukturierung und Kontaktaufnahme

als Voraussetzung für die Eingliederung oder Bewältigung des Alltags benannt.

Der Anteil fehlplazierter Langzeitpatienten variiert in einzelnen Regionen sehr stark.

Regionale Unterschiede ergeben sich aus den regional unterschiedlich entwickelten ambulanten und komplementären Versorgungsstrukturen als Voraussetzung für den weiteren Abbau stationärer Betten. Insgesamt darf aber gesagt werden, daß die psychiatriepolitische Weiterentwicklung gezielt auf eine stärkere Integration psychisch kranker Menschen hinsteuert, u. a. durch den Ausbau ambulant/komplementärer Strukturen.

Für besonders schwer gestörte chronisch psychisch Kranke und Behinderte werden auch weiterhin Plätze in Wohnheimen für Behinderte oder in Pflegebereichen vorgehalten werden müssen.

Über die Altersstrukturierung liegen zumeist keine vollständigen, konkreten Daten bzw. abweichende Datenangaben mit einer großen Schwankungsbreite vor.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie sind nach Einschätzung einiger Länder und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in gerontopsychiatrischen Abteilungen etwa 30 bis 40 % der Betten von Patienten belegt, die auf Plätze in Pflegeheimen oder Betreuungsangebote der Altenhilfe warten. Nach Angaben des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen dürfte nach detaillierten Untersuchungen für einige Krankenhäuser der Anteil der Langzeitpatienten, die Betreuungsangebote der Altenhilfe brauchen, bei etwa 40 bis 45 % liegen. Auch hier ist von größeren regionalen Unterschieden auszugehen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nach Angabe des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leiter öffentlicher Psychiatrischer Krankenhäuser ca. 300

Kinder und Jugendliche in den alten Bundesländern nicht mehr stationär behandlungsbedürftig, aber auf einen langfristig heilpädagogisch geschützten und jugendpsychiatrisch begleiteten Lebensrahmen angewiesen.

Für die neuen Bundesländer wird diese Anzahl verhältnismäßig höher angesetzt. Dabei wird dieses Problem bei dieser Personengruppe vor allem bei den Jugendlichen nach psychotischen Erkrankungen mit tiefgreifenden Persönlichkeitsstörungen gesehen.

- II. Finanzielle Belastung der Patienten und ihrer Angehörigen
– Heranziehung durch die Sozialhilfeträger –
1. Sind der Bundesregierung Daten über die finanzielle Belastung der Personen mit psychischen Erkrankungen sowie ihrer Angehörigen bekannt?

In der Sozialhilfestatistik werden psychisch Kranke sowie Angaben über finanzielle Leistungen der Angehörigen im Rahmen der Heranziehung zu den Kosten der Hilfe nicht gesondert ausgewiesen. Statistisch erhobene Angaben können deswegen hierzu nicht gemacht werden. Die Expertenkommission der Bundesregierung geht auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie“ der Bundesregierung in ihren Empfehlungen zur Reform der psychiatrischen Versorgung 1988 von einer Summe von 1,5 Mrd. DM für Behandlungs- und Pflegeleistungen durch Angehörige aus, die die Sozialversicherungsträger nicht (mehr) finanzieren (Verweis auf Frage B. II. 4.).

Angeregt durch die Arbeitsgruppe Kosten- und Finanzierungsausschuß dieser Expertenkommission der Bundesregierung hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. 1987/88 eine bundesweite Umfrage u. a. zur finanziellen Belastung der Angehörigen durchgeführt, die Schlußfolgerungen auf die materielle und immaterielle Situation von Familien zulassen. 212 Rückantworten bildeten die Grundlage der Auswertung, die auszugsweise im folgenden wiedergegeben wird. Die Fragestellung folgt mit besonderem Interesse der Problematik, wer für die laufenden Kosten des Lebensunterhalts aufkam. Eine weitere Differenzierung über die Art der Hilfen stand nicht im Interesse der Fragestellung des Bundesverbandes der Angehörigen.

Insgesamt (unabhängig vom Wohnstatus) verteilten sich die Kosten laut der Umfrage des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. für den Lebensunterhalt auf:

– Angehörige	25 %
– Krankenversicherung	23 %
– Sozialhilfe	23 %
– Rentenversicherung	14 %
– Arbeitslosenversicherung	10 %.

Nur 5 % der psychisch Kranken/Behinderten hatten eigenes Einkommen bzw. Vermögen.

Dies waren Durchschnittswerte, die je nach Wohnform erheblich differierten.

Aus den Gesamtergebnissen ließ sich die Häufigkeit des Wohnstatus folgendermaßen aufschlüsseln. Es lebten:

– in einer Haushaltsgemeinschaft mit Angehörigen	37 %
– in der eigenen Wohnung	27 %
– in einer psychiatrischen Klinik	16 %
– in einer Übergangseinrichtung	13 %
– in einer Wohngemeinschaft	7 %.

Die finanzielle Belastung der Angehörigen war entscheidend abhängig von der Wohnsituation. Am stärksten war sie, wenn die Kranken bzw. Behinderten mit in der häuslichen Gemeinschaft lebten. Dann trugen die Angehörigen in 44 % der Fälle die Kosten für den Lebensunterhalt, die Rentenversicherung in 19 %, die Krankenversicherung in 18 %, die Arbeitslosenversicherung in 12 %, die Sozialhilfe in 2 % der Fälle. Eigenes Einkommen bzw. Vermögen spielte nur bei 5 % eine Rolle.

Hat der Betroffene eine eigene Wohnung, waren es immerhin noch ein Drittel der Angehörigen, die den Lebensunterhalt zahlten.

Lebten die ehemaligen Patienten hingegen in einer betreuten Wohngemeinschaft, trat eine Entlastung der Familien ein, die als spürbar empfunden wurde. Noch geringer wurde die finanzielle Beanspruchung, wenn die Kranken/Behinderten in Übergangswohnheimen lebten. Die Lebenshaltungskosten in komplementären/rehabilitativen Einrichtungen werden vorrangig vom Sozialhilfeträger im Rahmen der Übernahme der Gesamtkosten einschließlich der Barbeträge wie Taschengeld etc. getragen.

Befanden sich die Kranken in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus, ergab sich folgende Verteilung für die Kostenträgerschaft:

– Krankenversicherung	73 %
– Sozialhilfe	24 %
(hier handelte es sich vermutlich um sogenannte Pflegefälle, für die die Krankenversicherung nicht mehr aufkam)	
– Rentenversicherung	3 %.

2. Wie viele psychisch Kranke sind Sozialhilfeempfänger?

Es wird keine gesonderte Statistik für psychisch Kranke in der Sozialhilfe geführt (Verweis auf Frage B. II. 1.).

Allgemein wird jedoch davon ausgegangen, daß mit der Dauer der psychischen Krankheit die Anzahl der Sozialhilfeempfänger steigt.

Bei sämtlichen durch den Sozialhilfeträger gewährten Hilfearten wird entsprechend den Regelungen des BSHG geprüft, ob eine finanzielle Eigenleistung der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen auf Grund der vorliegenden wirtschaftlichen Verhältnisse zumutbar ist.

3. In wie vielen Fällen werden Angehörige von psychisch Kranken zur finanziellen Leistung herangezogen?

Aussagen nach Zielgruppen oder Krankengruppen sind wegen Berücksichtigung des Datenschutzes nicht öffentlich.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist deshalb diese Frage nicht zu beantworten. Soweit Hilfe nach dem BSHG gewährt wird, unterliegen psychisch Kranke und ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen grundsätzlich den entsprechenden Kosten- und Unterhaltsforderungen der Sozialhilfeträger.

4. Kann die Bundesregierung Auskunft geben, in welchem Verhältnis die Gesamtsozialhilfeaufwendungen zu den Eigenleistungen der Kranken und ihrer Angehörigen stehen?

Nach Auskunft der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger kann auf Grund der weitgehenden Heranziehung psychisch Kranker und Behinderter und ihrer Angehörigen für den Bereich stationärer und teilstationärer Hilfen von einer Kostenbeteiligung von 15 bis 20 % der Gesamtaufwendungen ausgegangen werden. Aufgeschlüsselte Angaben für den ambulant/komplementären Bereich liegen nicht vor.

Die Expertenkommission der Bundesregierung schätzte in ihren Empfehlungen zur Psychiatriereform die Höhe der von Angehörigen getragenen Belastungen für Betreuungskosten, die von vorrangigen Sozialversicherungsträgern nicht (mehr) getragen werden, auf 1,5 Mrd. DM als Orientierungsrahmen. Hierbei wurden keine Angaben über die Anzahl der beitragsverpflichteten Angehörigen gemacht.

Dieser Einschätzung lagen die Ermittlungen von Prognos zum Gesamtetat des Oberbergischen Kreises („Regionales Psychiatriebudget“) im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Psychiatrie“ von 1980 bis 1985 zugrunde.

5. Bei welchen Arten von Hilfen (inhaltliche Charakterisierung der Hilfe, Maßnahmeart nach BSHG) werden diese psychisch Kranken und ihre Angehörigen zur finanziellen Eigenleistung herangezogen?

Grundsätzlich werden psychisch Kranke und ihre Angehörigen zur Kostenbeteiligung bei allen Hilfearten (vor allem rehabilitative Maßnahmen) herangezogen, für die die Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nicht leistungspflichtig sind, falls ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse dies nach den Bestimmungen des BSHG zulassen.

An Hilfen der Sozialhilfe in besonderen Lebenslagen kommen in Betracht Krankenhilfe, sofern keine Krankenversicherung besteht, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege in Form der Übernahme von Kosten in psychiatrischen Einrichtungen, Wohnheimen, Werk-

stätten für Behinderte, Tagesstätten, Betreuungskosten oder Kosten für ambulante Hilfen wie persönlicher Beratung, Betreuung oder Pflege. In seltenen Fällen wird auch Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gewährt.

Bei einem chronischen Verlauf der Erkrankung wird die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe nahezu unvermeidlich, da für die erforderlichen begleitenden Hilfen zur Alltagsbewältigung und zur Alltagsgestaltung nach der gegenwärtigen Finanzierungspraxis die Sozialhilfe weitgehend der alleinige Finanzierungsträger ist.

Eine Heranziehung von Einkommen und/oder Vermögen der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen erfolgt – unter Berücksichtigung der im BSHG genannten Einkommens- bzw. Vermögensgrenzen – insbesondere wenn

- während eines stationären Aufenthaltes eine Umstufung vom Behandlungs- zum Pflegefall eintritt;
- Leistungen zur Eingliederungshilfe (§ 39 ff. BSHG) in Anspruch genommen werden.

6. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, durch Änderung der Leistungsgesetze zur Entlastung der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen beizutragen?

Die Sozialhilfe hat sich an den Grundsätzen der Nachrangigkeit im Sozialleistungssystem, der Gleichstellung und der Individualisierung zu orientieren.

Rentenähnliche Dauerleistungen unter Außerachtlassung des tatsächlichen Bedarfs im Einzelfall würden mit den aufgezeigten Grundsätzen der Sozialhilfe nicht im Einklang stehen.

Eine Gesetzesänderung mit dem Ziel, allen Behinderter aus allgemeinen Steueraufkommen eine bedarfsunabhängige Rente zu zahlen, kann deshalb nicht in Aussicht gestellt werden. Hierauf weisen die obersten Landessozialbehörden ausdrücklich in ihrer Stellungnahme zu den Änderungsempfehlungen zum Sozialhilfegesetz hin, die die Expertenkommission der Bundesregierung in ihren Empfehlungen zur Reform der psychiatrischen Versorgung gegeben haben.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sieht die Bundesregierung keine Möglichkeit, durch die Einführung zusätzlicher Vorschriften im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zur weiteren Entlastung der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen beizutragen. Eine Ausweitung der Leistungsansprüche für psychisch Kranke wäre mit dem Ziel der Gesundheitsreform, den Beitragssatz zu stabilisieren, nicht vereinbar.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthält die ausdrückliche Vorschrift, daß den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungsproben und Arbeitstherapie (§§ 27, 92). Es liegt in der

Verantwortung der Selbstverwaltung, diesen Grundsatz auszufüllen. Auch die Erprobungsregelungen des SGB V (§§ 63 bis 68) eröffnen neue Wege, die von den Leistungsträgern genutzt werden können.

Die mit dem Gesundheits-Reformgesetz neu eingeführten Regelungen zur Schwerpflegebedürftigkeit tragen zur Entlastung psychisch Kranker, die schwerpflegebedürftig sind, und ihrer Angehörigen bei. In diesem Sinne wird sich auch die geplante Absicherung des Pflegefallrisikos auswirken, die für die Bundesregierung ein wichtiges Ziel ist.

Hierbei ist beabsichtigt, psychisch kranke Menschen durch die Aufnahme eigener Begutachtungskriterien besonders zu berücksichtigen.

Die gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung werden vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) als grundsätzlich ausreichend zur Sicherung des Lebensbedarfs der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen angesehen.

Werden medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation für psychisch Kranke durch die Rentenversicherung erbracht, so sind die Rehabilitanden grundsätzlich nur über die Zuzahlung nach § 32 SGB VI finanziell belastet. Vorgenannte Regelung gilt für alle Bezieher von Leistungen der Rentenversicherung und sieht in Absatz 4 a.a.O. auch Befreiungsmöglichkeiten vor.

Die Koalitionsvereinbarung sieht für die 12. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vor, das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht in übersichtlicher Form zusammenzufassen und als weiteres Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB IX) einzuordnen. Im Zusammenhang mit der Kodifikation sollen dabei sinnvolle Rechtsbereinigungen und -änderungen vorgenommen sowie die Möglichkeiten zusätzlicher begrenzter Sachreformen geprüft werden. Besondere Bedeutung wird der verstärkten Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zukommen, der ebenfalls für den Bereich der Psychiatrie Geltung haben muß und im Rahmen dieser begrenzten Sachreformen wird auch zu prüfen sein, inwieweit die Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Behinderte verbessert werden können (Verweis auf Antwort zu Fragen B. V. 2., 6.).

Für den Aufbau gemeindenaher ambulanter/komplementärer Hilfen kommen Finanzierungsabgrenzungen bzw. Regelungen zwischen Kommunen und Ländern als Träger der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe besondere Bedeutung zu. Die derzeitigen Zuständigkeitsregelungen sind auf Grund der bestehenden Ermächtigung an die Länder (§§ 99, 100 BSHG) sehr unterschiedlich und haben zu einer regional sehr unterschiedlichen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung geführt.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß der gesetzlich vorgegebene Rahmen genügend Spielraum für Gestaltungsmöglichkeiten bietet.

III. Kostenträger der psychiatrischen Versorgung

Ist der Bundesregierung bekannt, wie sich die finanzielle Belastung auf die einzelnen Kostenträger

- im stationären Bereich,
- im teilstationären Bereich,
- im sogenannten komplementären Bereich,
- im ambulanten Bereich

verteilt.

Die Kosten verteilen sich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen auf die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Bundesanstalt für Arbeit, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Landkreise, kreisfreien Städte und Kommunen als Träger der örtlichen Sozialhilfe. Über die Beteiligungspflicht bei Leistungen der Sozialhilfe sind auch die Kranken und Behinderten selbst sowie ihre Angehörigen an den Kosten beteiligt.

Die Bundesregierung verfügt über keine statistischen Angaben über die Verteilung der finanziellen Belastung in den oben aufgeführten Bereichen auf die einzelnen Leistungsträger.

Auch die Leistungsträger verfügen z. Z. nicht über solche Angaben. Allerdings beabsichtigen die Spitzenverbände der Krankenkassen mittels einer schriftlichen Erhebung solche Angaben für ihren Bereich zu ermitteln.

Folgendes Datenmaterial gibt einen Überblick:

Der gesetzlichen Rentenversicherung sind im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung im Jahr 1991 überwiegend im stationären Bereich Kosten entstanden. Eine vergleichsweise nur geringe Summe wurde demgegenüber für ambulante Suchtbehandlung und für ambulante Suchtnachsorge ausgegeben. Erst für das Jahr 1992 ist als Folge einer verstärkten praktischen Umsetzung der am 1. April 1991 in Kraft getretenen Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger – Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation/Sucht“ – auch hier mit höheren Ausgaben zu rechnen.

Ein Anhaltspunkt für die Verteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Leistungsbereiche ergibt sich aus den der Bundesregierung vorliegenden Zahlen der Angestelltenversicherung. In den alten Bundesländern hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) für Heilbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen – ausgenommen Abhängigkeitserkrankungen – im Jahr 1991 insgesamt knapp 317 Mio. DM aufgewendet. Davon entfielen ca. 291 Mio. DM auf Kosten für stationäre Heilbehandlungen, ca. 19 000 DM auf Kosten für ambulante Heilbehandlungen, ca. 19 Mio. DM auf Übergangsgelder, ca. 6,5 Mio. DM auf sonstige ergänzende Leistungen und knapp 1 000 DM auf Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel.

Für Heilbehandlungen wegen Abhängigkeitserkrankungen hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in den alten Bundesländern im abgelaufenen Jahr insgesamt rund 152 Mio. DM aufgewendet. Davon entfielen ca. 117 Mio. DM auf stationäre Heilbehandlungen, ca. 230 000 DM auf ambulante Heilbehandlungen (ca. 59 000 DM für ambulante Suchtbehandlung und ca. 173 000 DM für ambulante Nachsorge), ca. 32 Mio. DM auf Übergangsgelder und ca. 3 Mio. DM auf andere ergänzende Leistungen.

Für Leistungen an Versicherte (Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung) in den neuen Bundesländern sind der BfA für Heilbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen – ausgenommen Abhängigkeitserkrankungen – im Jahr 1991 insgesamt knapp 3 Mio. DM an Kosten entstanden, davon ca. 2,9 Mio. DM für stationäre Heilbehandlungen, ca. 10 000 DM für Übergangsgelder und ca. 50 000 DM für sonstige ergänzende Leistungen.

Für von der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (BfA) finanzierte Heilbehandlungen wegen Abhängigkeitserkrankungen in den neuen Bundesländern verteilen sich die Kosten folgendermaßen: für stationäre Heilbehandlungen ca. 11 Mio. DM, für ambulante Heilbehandlungen ca. 45 000 DM (nur für ambulante Suchtbehandlung), für Übergangsgelder rund 240 000 DM und für sonstige ergänzende Leistungen ca. 8 000 DM.

Nach Mitteilung des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen wurden im stationären Bereich im Jahre 1990 55,6 % der in den Psychiatrischen Krankenhäusern angefallenen Pflegetage von Krankenkassen oder anderen Sozialversicherungsträgern übernommen; der verbleibende Kostenträgeranteil von 44,4 % wurde vom LWV Hessen als überörtlichem Träger der Sozialhilfe getragen. Der Kostenträgeranteil der Krankenkassen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie betrug 80,5 %, der des LWV 19,5 %.

Ab 1991 haben sich diese Zahlen aber grundlegend verändert, da für die nicht krankenhausbearbeitenden Patienten gesonderte Pflegesätze berechnet werden. Hierüber liegen aber noch keine Zahlen vor. Auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung übernehmen die Krankenkassen die Kosten der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V für die nicht krankenhausbearbeitenden Langzeitpatienten in Form einer Tagespauschale in Höhe von 16,50 DM (ab 1. Juli 1991: 17,50 DM).

Die Aufwendungen der Institutsambulanzen wurden zu rund 96 % von den Krankenkassen bzw. anderen Sozialversicherungsträgern übernommen.

Nach den mitgeteilten Daten des Landschaftsverbandes Rheinland wurden mehr als die Hälfte der Kosten im stationären Bereich von der Sozialhilfe finanziert. Nicht berücksichtigt werden konnten die Kosten für die Versorgung in Altenheimen, Pflegeheimen und sonstigen Heimeinrichtungen, da der genaue Anteil psychisch Kranker hier nicht bekannt war.

Nach Aussage der Spitzenverbände der Krankenkassen kann davon ausgegangen werden, daß trotz des

Ausbaues der ambulanten und komplementären Versorgung im allgemeinen der Anteil der Ausgaben für die stationäre Behandlung psychisch Kranker über den Ausgaben für ambulante Versorgung liegt.

Die Sozialhilfe ist weitgehend der einzige Finanzierungsträger für Hilfen, die im ambulant/komplementären Bereich durch

- Wohn- und Pflegeeinrichtungen,
 - betreute Wohnangebote und Übergangswohnheime,
 - tagesstrukturierende Angebote (Tagesstätten)
- erbracht werden.

Rechtlich noch umstritten ist die Kostentragungspflicht für Übergangseinrichtungen, für die der überörtliche Sozialhilfeträger nach wie vor Sozialhilfe als Vorleistung erbringt und auf Abschluß von Versorgungsverträgen zwischen den Übergangseinrichtungen und Krankenkassen gemäß § 15 SGB VI drängt.

Anhängige Klageverfahren auf Abschluß von Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V sind noch nicht abgeschlossen.

IV. Ausgliederung aus dem Erwerbsleben

1. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (auf Zeit oder unbefristet) pro Jahr aufgrund psychischer Erkrankung beantragt und genehmigt werden?

In der Gruppe psychischer Krankheiten nach den Diagnoseschlüsseln 290 bis 329 belief sich der Rentenzugang in den alten Bundesländern in 1991 auf 26 086 Fälle (davon 14 102 Fälle Männer und 11 984 Fälle Frauen).

Die Frühberentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erfolgte

- wegen organischer Psychosen in 1 063 Fällen, davon 811 Fälle Männer und 252 Fälle Frauen;
- wegen anderer Psychosen (u. a. schizophrene und affektive manische, depressive Psychosen, paranoide Syndrome) in 8 017 Fällen, davon 3 805 Fälle Männer und 4 212 Fälle Frauen;
- wegen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und anderer nichtpsychotischer psychischer Störungen in 16 463 Fällen, davon 9 147 Fälle Männer und 7 316 Fälle Frauen;
- wegen Oligophrenien in 543 Fällen, davon 339 Fälle Männer und 204 Fälle Frauen.

Wegen psychischer Krankheiten nach den Diagnoseschlüsseln 290 bis 319 wurden in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1991

- mit Zugangsalter (= Unterschied zwischen Rentenbeginn und Geburtsjahr) bis 39 Jahre insgesamt 3 286 Personen (davon 1 867 Männer und 1 419 Frauen);
- mit Zugangsalter 40 bis 44 Jahre insgesamt 2 142 Personen (davon 1 185 Männer und 957 Frauen);

- mit Zugangsalter 45 bis 49 Jahre insgesamt 3 441 Personen (davon 1 882 Männer und 1 559 Frauen);
- mit Zugangsalter 50 bis 54 Jahre insgesamt 6 537 Personen (davon 3 368 Männer und 3 169 Frauen);
- mit Zugangsalter 55 bis 59 Jahre insgesamt 8 874 Personen (davon 4 510 Männer und 4 364 Frauen);
- mit Zugangsalter 60 bis 64 Jahre insgesamt 1 805 Personen (davon 1 289 Männer und 516 Frauen);
- mit Zugangsalter 65 Jahre und mehr 1 Mann frühberentet.

Die Zahl der auf Grund psychischer Erkrankungen beantragten Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit kann nicht ermittelt werden, da keine Antragserfassung durch den Rentenversicherungsträger nach Art der Erkrankung erfolgt. Dementsprechend kann auch nicht gesagt werden, wie viele Rentenanträge abgelehnt wurden, die auf Grund einer psychischen Erkrankung gestellt worden sind.

2. In welchem Alter waren diese Personen zum Zeitpunkt der Genehmigung?

Die wegen psychischer Erkrankungen berenteten Versicherungen weisen generell ein geringeres Rentenzugangsalter als der Durchschnitt aller Frührentner auf.

Im Jahre 1991 betrug das Durchschnittsalter aller Frührentner wegen psychischer Erkrankungen im Zeitpunkt der Bewilligung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente 50,6 Jahre (Männer: 50,5 Jahre, Frauen: 50,7 Jahre).

Bei Frühberentung wegen organischer Psychosen waren die Rentner durchschnittlich 52,6 Jahre (Männer: 52,7 Jahre, Frauen: 52,1 Jahre), bei Frühberentung wegen anderer (nicht organischer) Psychosen 48,3 Jahre (Männer: 47,0 Jahre, Frauen: 49,5 Jahre), bei Frühberentung wegen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und anderer nichtpsychotischer psychischer Störungen 51,7 Jahre (Männer: 51,9 Jahre, Frauen: 51,5 Jahre) und bei Frühberentung wegen Oligophrenien 45,6 Jahre (Männer: 46,4 Jahre, Frauen: 44,3 Jahre) alt.

3. Wie viele Personen davon (differenziert nach den in den Fragen 1 und 2 genannten Merkmalen) erhielten vorher welche Reha-Leistungen?

Von dem im Jahre 1991 auf Grund psychischer Krankheiten frühberenteten Personen (Gesamtzahl: 26 086) erhielten auf Grund der Diagnose

- 18 392 Personen keine Rehabilitationsleistungen innerhalb von fünf Jahren vor Rentenbeginn (davon 10 011 Männer und 8 381 Frauen);
- 7 578 Personen medizinische Leistungen zur Rehabilitation ohne berufsfördernde Leistungen (davon 4 017 Männer und 3 561 Frauen);

- 70 Personen medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (davon 40 Männer und 30 Frauen);
- 46 Personen nur berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (davon 34 Männer und 12 Frauen).

Durchschnittlich etwa 60 % aller Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner der Angestelltenversicherung nahmen im Zeitraum von fünf Jahren vor der Frühberentung an einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation teil. Bei den an einer Psychose erkrankten Personen lag dieser Anteil mit 46 % (Männer) bzw. 49 % (Frauen) deutlich niedriger. Bei der Krankheitsgruppe der Neurosen hingegen wurde in diesem Zeitraum für ca. 65 % aller Frührentner vor der Berentung eine Rehabilitationsleistung erbracht.

4. Bei wie vielen Empfängern von Reha-Leistungen wurde keine Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit festgestellt?

Nach Aussage des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) läßt sich allgemein feststellen, daß die Erfolgsaussichten und damit auch die Quoten einer beruflichen Wiedereingliederung bei psychischer Erkrankung und Behinderung erheblich geringer als bei Reha-Leistungen wegen körperlicher Behinderung sind.

Die Eingruppierung der Versicherten, bei denen nach Abschluß der Rehabilitationsleistung Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit festgestellt wird, erfolgt regelmäßig anhand des stationären Merkmals „Leistungsfähigkeit“ im Entlassungsbericht.

Auswertungen aus der Reha-Verlaufsstatistik des VDR – differenziert nach den Erkrankungsgruppen Psychosen, Neurosen und Suchterkrankungen – haben für den Fünf-Jahres-Zeitraum 1983 bis 1988 ergeben, daß sowohl bei Männern als auch bei Frauen die an einer Neurose erkrankten Rehabilitanden gegenüber den unter Psychosen und Suchterkrankungen leidenden Rehabilitanden die günstigere Prognose aufweisen. Zum großen Teil (60 % der Männer und 47 % der Frauen) ist die erstgenannte Personengruppe nach erfolgter Rehabilitationsleistung lückenlos über den gesamten Beobachtungszeitraum von 5 Jahren erwerbstätig gewesen, nur 8 % wurden berufs- oder erwerbsunfähig berentet.

Dagegen wurden im Beobachtungszeitraum weibliche Versicherte, die wegen einer Psychose rehabilitiert wurden, zu über 25 % frühberentet, männliche Rehabilitanden mit derselben Erkrankung zu über 30 %.

Patienten, die wegen einer Suchterkrankung rehabilitiert wurden, weisen zu einem großen Teil nach durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistung nur lückenhaft Erwerbsverläufe auf. Bei den männlichen Versicherten waren allerdings immerhin 30 % im Anschluß an eine Rehabilitationsleistung wegen Suchterkrankung in den darauffolgenden fünf Jahren lückenlos erwerbstätig.

5. Wie viele psychisch kranke Personen in erwerbsfähigem Alter stehen nicht im Beruf, in Arbeit oder Ausbildung?

Die Bundesregierung verfügt nicht über verlässliche Daten, die darüber Auskunft geben könnten, wie viele psychisch Kranke im erwerbsfähigen Alter wegen ihrer Behinderung nicht ins Arbeitsleben eingegliedert werden können.

Von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Studien zur Situation psychisch Kranker gehen von Arbeitslosenquoten von bis zu 60 % aus, die allerdings wegen des zum Teil nur regionalen Bezugs der Studien nicht als repräsentativ angesehen werden können.

6. Wie viele (absolut und relativ) haben
- einen Arbeitsplatz nach Schwerbehindertenrecht,
 - einen Platz in den Werkstätten für Behinderte?

Wie viele Plätze gibt es in eigenen Werkstätten für psychisch Kranke?

Der Bundesregierung liegen Erkenntnisse darüber, wie viele psychisch Kranke auf Arbeitsplätzen nach dem Schwerbehindertengesetz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden, nicht vor. In den Werkstätten für Behinderte in den alten Bundesländern gibt es rund 8 000 bis 9 000 Plätze für psychisch Behinderte. 16 Haupt- und 82 Zweigwerkstätten stehen eigens für psychisch Behinderte zur Verfügung.

Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker wird durch eine weiter zunehmende Differenzierung der WfB nach Behinderungsart und rehabilitativen Funktionen auch konzeptionell Rechnung getragen durch die räumliche Trennung in eigene Werkstätten oder separate Abteilungen bzw. räumlich, organisatorisch und personell getrennte Eingangs- und Trainingsstufen.

7. In den letzten fünfzehn Jahren haben Hilfsvereinigungen und konfessionelle Träger in Selbsthilfe über hundert Beschäftigungsprojekte zur beruflichen Eingliederung psychisch kranker Arbeitsloser aufgebaut.

Wie beurteilt die Bundesregierung diesen Erfolg?

Wie will sie deren Existenz und Weiterentwicklung, ggf. durch Novellierung des Schwerbehindertengesetzes, sichern?

Die Bundesregierung verfügt noch nicht über ausreichend gesicherte Erkenntnisse und Erfahrungen mit Selbsthilfefirmen, um über solche Projekte eine abschließende Beurteilung abgeben zu können. Auf Grund der bisherigen Erfahrung läßt sich aber schon jetzt feststellen, daß Selbsthilfefirmen ein geeigneter Beschäftigungsort für psychisch Behinderte sein können, deren Leistungsfähigkeit die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuläßt. Wenn zunächst geprüft wurde, ob die bestehenden rechtlichen und

finanziellen Rahmenbedingungen ausreichen, können Selbsthilfefirmen Marktlücken für ihre Betätigung erkennen und sich durch geschickte Platzierung voll in das Wirtschaftsgeschehen integrieren.

Im Rahmen der für diese Legislaturperiode vorgesehenen Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das Sozialgesetzbuch (SGB IX) wird geprüft, inwieweit das Instrumentarium des Schwerbehindertengesetzes noch verbessert werden kann, um diese neuen Beschäftigungsformen für psychisch Behinderte, die gemeinhin unter dem Stichwort „Selbsthilfefirmen“ laufen, noch besser fördern zu können.

Das geltende Schwerbehindertengesetz garantiert diesen Firmen bereits jetzt schon eine Förderung wie üblichen Firmen auch.

V. Rehabilitation

1. Wie viele psychisch Kranke werden in der beruflichen Rehabilitation nicht gefördert, weil
- a) ortsnahe Rehabilitationsangebote fehlen,
 - b) die Zahl der Reha-Angebote insgesamt bundesweit zu niedrig ist,
 - c) zwar Anspruch auf Finanzierung der Maßnahme, nicht aber auf Zahlung von Übergangsgeld besteht?

a) Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß Rehabilitationsangebote für psychisch Kranke und Behinderte in ausreichender Ortsnähe vorhanden sind. Die Ausbildungsangebote reichen für die Durchführung geeigneter Leistungen grundsätzlich aus. Für eine Aufnahme in eine zur Verfügung stehende ortsnahe Einrichtung kann es aber zu Wartezeiten kommen. In Einzelfällen steht der Durchführung von berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation allerdings Art oder Schwere der Behinderung entgegen.

b) Die Bundesregierung verfügt über kein Datenmaterial, aus welchem sich ein Mangel an beruflichen Leistungen zur Rehabilitation auf Grund der Zahl der Rehabilitationsangebote ergibt. Sie hat keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß psychisch Kranke in der beruflichen Rehabilitation nicht gefördert wurden, weil die Zahl der Rehabilitationsangebote insgesamt bundesweit zu niedrig wäre.

c) Regelmäßig erfüllen rund 5 % der psychisch Behinderten, die an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation teilnehmen, nicht die Voraussetzungen für den Bezug von Übergangs- oder Ausbildungsgeld. Bei der letzten Erhebung Ende 1991 waren dies 398 von 7 965 Rehabilitanden. Wie viele psychisch Behinderte auf die Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme verzichteten, weil kein Anspruch auf Zahlung von Übergangsgeld besteht, läßt sich nicht beantworten.

2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR),

daß die Chancen für die Rehabilitation häufig ungenutzt bleiben, weil die Bewilligungsverfahren im gegliederten Sozialleistungssystem für die Betroffenen und ihre Familien zu belastend und zeitraubend sind, und was unternimmt die Bundesregierung, um dieses Problem zu lösen?

Die Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Die Bundesregierung hat im Konzept der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK), das entsprechend der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit von diesen gemeinsam getragen wird, einen Weg gezeigt, der der Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation Rechnung trägt.

Die anstehende Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins Sozialgesetzbuch (SGB IX) gibt Gelegenheit zu prüfen, wie auf der Grundlage des bestehenden gegliederten Sozialleistungssystems die gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten gerade auch für psychisch Behinderte noch besser zugänglich und nutzbar gemacht werden können (Verweis auf Antwort zu Frage B. II. 6.).

Der Bundesregierung sind für den Bereich der Rentenversicherung keine Fälle bekannt, in denen wegen etwaiger Belastungen oder Verzögerungen im Antrags- und Bewilligungsverfahren auf eine Reha-Antragstellung beim Rentenversicherungsträger verzichtet worden wäre. Bei der Antragstellung leisten die Beratungsstellen und Fachberater für Rehabilitation erforderlichenfalls Hilfestellung. Im Vorfeld eines Reha-Antrags kann dann durch eine entsprechende Beratung die Motivation für die berufliche Wiedereingliederung geweckt werden.

Das Bewilligungsverfahren erfordert eine umfassende medizinische Sachaufklärung, bei angestrebter beruflicher Rehabilitation u. U. Berufsfindungs- und Arbeitsprobungsmaßnahmen, um die vom Gesetzgeber für Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung geforderte Erfolgsaussicht (möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben) bestätigen zu können. Vielfach kann dabei auf ärztliche Unterlagen aus früheren stationären Behandlungen usw. zurückgegriffen werden, wodurch sich das Bewilligungsverfahren verkürzen läßt.

Zu Verzögerungen im Bewilligungsverfahren kann es allenfalls in wenigen Einzelfällen auf Grund ungeklärter Zuständigkeit kommen. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation muß die Rentenversicherung im wesentlichen mit der Bundesanstalt für Arbeit zusammenarbeiten. Grundsätzlich ist durch die Vorschriften des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) aber sichergestellt, daß Rehabilitationsleistungen so schnell wie möglich durch den zuständigen Sozialleistungsträger erbracht werden. In Fällen ungeklärter Zuständigkeit leistet die Bundesanstalt für Arbeit nach § 6 Abs. 2 RehaAnglG vor.

3. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates, daß medizinische Rehabilitationsverfahren auch für die Ärzte unpraktikablen gesetzlichen Mitteilungs- und Antragsverfahren unterliegen und statt dessen grundsätzlich ärztlich verordnungsfähig gemacht werden sollten?
4. Wenn ja, welche gesetzlichen Änderungen plant die Bundesregierung zur Verordnung ambulanter wie stationärer gesetzlicher Reha-Maßnahmen?

Die Ansicht des Sachverständigenrates, daß „auf besondere Mitteilungs- und Antragsverfahren in der bisherigen Form“ im Rahmen der medizinischen Rehabilitation verzichtet und diese dadurch ersetzt werden sollten, daß Rehabilitationsmaßnahmen grundsätzlich ärztlich verordnungsfähig gemacht werden, wird von der Bundesregierung für die Bereiche der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nicht geteilt.

Nach der Erfahrung der Leistungsträger ist das Mitteilungs- und Antragsverfahren auch für Ärzte zumutbar sowie praktikabel und hat sich bewährt.

Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist schon bei der Einleitung von Leistungen der spezifische Sachverstand des Rehabilitationsträgers unerlässlich.

Direkte Einweisungen ohne vorherige Beteiligung der Leistungsträger werden nicht als zweckmäßig angesehen, sondern vielmehr als hinderlich für eine sachgerechte Einleitung und Durchführung der Rehabilitation.

5. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates, daß die gegenwärtigen Finanzierungsmodalitäten insbesondere im ambulanten Angebot rehabilitativer Leistungen im Bereich der Psychiatrie und Gerontopsychiatrie zu Mängeln führen? Welche Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel plant die Bundesregierung?

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch psychisch Kranke kommt es darauf an, die Leistungserbringung, die sehr stark auf die Belange der körperlich Kranken ausgerichtet ist, stärker an die spezielle Situation psychisch Kranker anzupassen. Diesem Zweck dient die mit dem Gesundheits-Reformgesetz neu eingeführte Vorschrift des § 27 Satz 3 (vgl. auch § 92 Abs. 1 Satz 1) SGB V. Danach ist bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Die Neuregelung dient dazu, die Situation der psychisch Kranken zu verbessern.

Die gesetzliche Krankenversicherung kann als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation solche Leistungen erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den berufsfördernden Leistungen zur

Rehabilitation oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören (§ 43 SGB V).

Im stationären Bereich wird in der Regel eine komplexe Behandlung auch i. S. rehabilitativer Maßnahmen durchgeführt. Infolge der (gewollten) verkürzten Liegezeiten kommen gemeindeintegrierten ambulanten/komplementären Hilfen größte Bedeutung zu. Sie sollen das Angebot komplexer rehabilitativer Maßnahmen vorhalten, um in der nachstationären Phase, den (bisher erreichten stationären) Therapieerfolg in Ergänzung zur ärztlich gebotenen Behandlung zu sichern. Bei der Finanzierung treten in der Praxis noch immer Schwierigkeiten auf. Die Sozialleistungsträger sind aufgerufen, die im Sozialrecht verankerten Ansprüche der Betroffenen verantwortlich auszu-schöpfen.

Jede medizinische Behandlung psychiatrischer Erkrankung hat auch das Ziel, den psychisch Kranken in seiner Fähigkeit zur sozialen Integration wieder zu bestärken. Im Hinblick auf die Besonderheit psychiatrischer Erkrankungen können Regelungen i. S. von Mischfinanzierungen der Leistungsträger im ambulanten und komplementären Bereich einen sinnvollen Ansatz bieten.

Krankenversicherungsträger, Rentenversicherungsträger und die Bundesanstalt für Arbeit haben in ihrer Empfehlungsvereinbarung zu Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke ein Konzept zur Zusammenarbeit bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gefunden (Verweis auf Antwort zu Frage V. 2.).

Im Rentenreformgesetz, das am 1. Januar 1992 in Kraft getreten ist, werden die Rentenversicherungsträger verstärkt aufgefordert, auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu bewilligen. Dies soll nach der Begründung auch den psychisch Kranken unter Berücksichtigung ihrer Schwierigkeiten zugute kommen.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie werden alle gesetzgeberischen Maßnahmen zur Pflege auch unter dem Gesichtspunkt der rehabilitativen Pflege gesehen.

6. Wie beurteilt die Bundesregierung den Vorschlag des Sachverständigenrates, zur Behebung der bisherigen Abgrenzungsprobleme in der Kostenübernahme medizinischer Rehabilitationsleistungen
- eine Neuregelung der Vorleistungspflicht auf die gesetzlichen Krankenkassen zu übertragen,
 - eine Neuordnung der Kostenübernahme-regelung?

Um die in Frage 5 angesprochenen ambulanten, die ärztliche Behandlung ergänzenden, rehabilitativen Hilfen sicherzustellen, bedarf es gesicherter Finanzierungsgrundlagen. Der gesetzliche Rahmen für die Regelung der Anspruchs- und Leistungsvoraussetzungen sowie der Leistungsverpflichtungen ist im Sozialgesetzbuch vorgegeben.

Im Zusammenhang mit der noch für diese Legislaturperiode vorgesehenen Kodifikation des Rechts zur Ein-

gliederung Behinderter (SGB IX) ist unter anderem vorgesehen, bestehende Vorleistungsregelungen einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Darüber hinaus wird nicht daran gedacht, die Lasten, insbesondere im Rahmen der Rehabilitation psychisch Kranker, neu zu verteilen, vielmehr sollen die bestehenden Instrumente unter Beibehaltung des gegliederten Sozialleistungssystems zielgerichtet fortentwickelt werden (Verweis auf Antwort zu Fragen B. II. 6., B. V. 2.).

7. Wie beurteilt die Bundesregierung die bisherigen Erfahrungen mit der Empfehlungsvereinbarung zu Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986?

Eine abschließende Stellungnahme zur „Empfehlungsvereinbarung RPK“ kann die Bundesregierung derzeit noch nicht abgeben, da die Erprobungsphase zur Umsetzung dieser Vereinbarung noch bis zum 31. Dezember 1992 andauert.

Die Bundesregierung ist allerdings schon jetzt der Meinung, daß die Empfehlungsvereinbarung durchaus einen Beitrag zur Strukturierung des Reha-Angebots für psychisch Kranke, insbesondere aus dem Bereich der endogenen Psychosen, aber auch bei schweren Neurosen und schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen, leisten kann.

Sie hält es jedoch für erforderlich, daß in jedem Land zumindest eine Modelleinrichtung geschaffen wird. Diese Voraussetzung ist bisher noch nicht erfüllt.

VI. Wohnraumversorgung psychisch Kranker

1. Kann die Bundesregierung Auskunft darüber geben, wie viele psychisch Kranke, die nicht stationär behandlungsbedürftig sind, in folgenden Unterkünften leben:
- in Wohn- oder Pflegeheimen,
 - in Wohngemeinschaften,
 - in Einzelwohnungen,
 - in Altenheimen und Altenpflegeheimen,
 - in anderen Unterkünften?

Der Bundesregierung liegen zu dieser Frage keine statistischen Daten vor.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung fördert die Einrichtung von Wohnstätten für diejenigen psychisch Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte beschäftigt sind. Dies ist allerdings nur ein Teilbereich der Wohnraumversorgung für diesen Personenkreis. Viele Plätze wurden ohne Mithilfe des Bundes allein von den Ländern gefördert und sind dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nicht bekannt.

Über den Anteil gerontopsychiatrischer Patienten in Altenheimen und Altenpflegeheimen liegen keine exakten Zahlenangaben vor. Nach vorliegenden Erfahrungen der Bundesländer ist von einem Anteil von einem Viertel bis einem Drittel auszugehen. Die Angaben dürften sich auf 40 bis 50% erhöhen, wenn

demente bzw. altersverwirrte Patienten dazugezählt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie geht davon aus, daß in Altenpflegeheimen etwa 40 % der Bewohner an einer Demenzkrankheit leiden. Daraus ergibt sich die Zahl von etwa 120 000 bis 150 000 Demenzkranken. In Altersheimen und Altenwohnheimen finden sich schätzungsweise weitere 30 000 bis 40 000 Demente. Etwa 30 000 Bewohner in diesen Einrichtungen dürften andere schwere, behandlungsbedürftige psychische Störungen aufweisen (vorwiegend depressive Erkrankungen, in geringem Umfang auch Wahnkrankheiten ohne Zusammenhang mit Demenz).

Die Zahl der psychisch kranken alten Menschen, die nicht mehr in psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden müßten, sondern in Pflegeheimen versorgt werden könnten, ist mit 15 % der etwa 15 000 gerontopsychiatrischen Betten (etwa 2 250 Patienten) anzunehmen.

Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater des Arbeitskreises der Leiter öffentlicher Psychiatrischer Krankenhäuser befinden sich nicht nur in den neuen, sondern auch in den alten Bundesländern noch immer Kinder und Jugendliche in einem länger als notwendig erscheinenden Zeitraum in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, weil geeignete Plätze in Übergangsheimen, Wohngemeinschaften oder Jugendwohnheimen nicht zur Verfügung stehen. Von Experten wird in einem Kooperationsverbund eine Lösung gesehen. Eine therapeutische Wohngemeinschaft mit pädagogisch-betreuender Verantwortung in einer Jugendhilfeeinrichtung einerseits und einer Therapie mit ambulanten kinder- und jugendärztlicher Konsiliarbehandlung andererseits ist für Jugendliche von großer Bedeutung. Sie benötigen nach Beendigung ihrer stationären Behandlung auf Grund fortbestehender Störungen der sozialen und emotionalen Entwicklung bzw. wegen der Folgen der durchgemachten schwerwiegenden psychischen Erkrankung einen längerfristigen beschützten Lebensrahmen.

Die Realisierung eines solchen Kooperationsverbundes hängt wesentlich von der Bereitschaft der unterschiedlichen Kostenträger ab, solche Projekte gemeinsam bzw. jeweils anteilig zu finanzieren.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Eine große Anzahl von psychisch Kranken ist noch in Alten- und Pflegeheimen untergebracht. Mit Hilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sowie der Sozialpsychiatrischen Dienste in den Gesundheitsämtern wird derzeit unter Zugrundelegung eines schematisierten Fragebogens eine Analyse i. S. einer Bestandsaufnahme erstellt.

Sachsen-Anhalt:

Es werden Wohnformen für seelisch Behinderte, die nicht (mehr) stationär behandlungsbedürftig sind, aufgebaut:

- Wohnheime (die nicht speziell für geistig und seelisch Behinderte ausgerichtet sind): insgesamt 45 seelisch Behinderte und 1 302 geistig Behinderte.
- Alten- und Pflegeheime (die nicht speziell für geistig und seelisch Behinderte ausgerichtet sind): insgesamt 1 850 seelisch Behinderte und 4 351 geistig Behinderte.

Die Anzahl der Einzelwohnungen und Wohngemeinschaften für psychisch Kranke liegt nicht vor. Es finden derzeit Abstimmungen mit den Wohlfahrtsverbänden und kommunalen Spitzenverbänden statt, um den Betrieb von Wohngemeinschaften und betreuten Einzelwohnungen zu fördern.

Berlin:

- Krankenheime: ca. 500 psychisch Kranke,
- Wohngemeinschaften und betreute Einzelwohnungen: etwa 800 Patienten,
- Übergangsheime: 205 psychisch Kranke.

Die Anzahl psychisch kranker Menschen in Alten- bzw. Altenpflegeheimen ist nicht bekannt, wird aber auf etwa ein Viertel bzw. ein Fünftel der jeweiligen Gesamtbewohnerzahl geschätzt.

Die Zahl der durch Sozialstationen betreuten Klienten, die auch psychisch krank sind, wird nicht erfaßt, ist aber bedeutend. In einer Studie der Prognos AG „Psychogeriatrische Pflege durch Sozialstationen“ aus dem Jahre 1987 wurden im Bezirk Steglitz 3 Sozialstationen untersucht. Dabei wurde festgestellt, daß 13,8 % der Klientel auch ärztlicherseits gestellte psychiatrische Diagnosen hatten. Weitere 30 % der Klientel wurde anhand eines Kriterienrasters vom Pflegepersonal als psychisch auffällig eingestuft.

Hamburg:

- Stationäre außerklinische Rehabilitationseinrichtungen: 1991 ca. 650 Plätze.
- Teilstationäre Einrichtungen und Projekte des betreuten Wohnens: 550 Plätze.

Dort leben psychisch Kranke in Einzelwohnungen bzw. mit Familienangehörigen in Privatwohnungen und in ca. 15 bis 20 % der Fälle in Wohngemeinschaften mit 2 und mehr Plätzen. Spezielle Pflegeheime für psychisch Kranke gibt es in Hamburg nicht.

- Staatliche Alten- und Pflegeheime: 218 geschlossene Heimplätze.

Der Anteil psychisch Kranker, die in privaten und staatlichen Alten- und Pflegeheimen leben, wird als erheblich höher eingeschätzt. Systematische Zählungen liegen nicht vor.

Bremen:

Die Situation in Bremen ergibt sich aus folgender Übersicht:

Wohn- und Pflegeheime

	Stadt Bremen	Bremerhaven	Gesamt
Allgemeine Psychiatrie	146	60	206
Gerontopsychiatrie	103	20	123
Sucht	91	24	115
Geistig Behinderte	639	240	879

Betreutes Wohnen in Wohngruppen und Einzelwohnungen

	Stadt Bremen	Bremerhaven	Gesamt
Allgemeine Psychiatrie	276	80	356
Gerontopsychiatrie	33		33
Sucht	30		30
Geistig Behinderte	110	20	130

Familienpflege

	Stadt Bremen	Bremerhaven	Gesamt
Familienpflege	17	0	17

Psychisch Kranke in Alten- und Pflegeheimen

	Stadt Bremen	Bremerhaven	Gesamt
Alten- und Pflegeheime	100–150	50	200

Auswärts Untergebrachte

	Stadt Bremen	Bremerhaven	Gesamt
Auswärts Untergebrachte	582	230	812

Anmerkung:

Bei den außerhalb des Landes untergebrachten Menschen handelt es sich überwiegend um geistig behinderte Menschen. Der Teil der psychisch kranken und suchtkranken Menschen, die noch außerhalb versorgt werden, ist gering. Die sozialpsychiatrischen Dienste in Bremen und in Bremerhaven sind bemüht, regionale Versorgungsmöglichkeiten zu schaffen.

Schleswig-Holstein:

- Spezielle Wohn- und Pflegeheime: 5 492 Plätze.
 - Wohngemeinschaften: 369 Plätze.
- Diese sind nahezu zu 100 % belegt.

Detaillierte Angaben über psychisch Kranke in Einzelwohnungen, Alten- und Altenpflegeheimen oder anderen Unterkünften liegen nicht vor.

Nordrhein-Westfalen:

Im Zuständigkeitsbereich der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe ergibt sich für das Jahr 1991 folgendes Bild:

Rheinland:

- Betreute Wohngruppen/Einzelwohnen: Ca. 1840 Personen.
- Wohn- und Übergangsheime: Ca. 1940 Personen.
- Alten- und Pflegeheime: Ca. 66 951 Plätze in Altenheimen. Davon sind ca. 30 bis 40 % mit psychisch veränderten alten Menschen belegt, die gleichzeitig körperlich erhöht oder schwerpflegebedürftig sind. Dazu 2952 Plätze für psychisch kranke alte Menschen in gerontopsychiatrischen Sozialeinrichtungen in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft.

Westfalen-Lippe:

- Betreute Wohngruppen/Einzelwohnen: An den Westf. Kliniken ca. 300 Plätze, in freier Trägerschaft ca. 420 Plätze. Ca. 400 bis 500 Plätze werden von Kreisen und kreisfreien Städten vorgehalten.
- Wohn- und Pflegeheime: In Wohn- und Pflegeheimen einschl. der nicht geförderten Langzeitbereiche in den Sonderkrankenhäusern freigemeinnütziger Träger leben ca. 13 700 Menschen unterschiedlichen Alters sowie geistig und psychisch Behinderte. Infolge häufiger Mehrfachbehinderungen (geistig Behinderte mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern) ist eine klare Trennung nicht möglich.
- Alten- und Pflegeheime: Es sind ca. 53 000 Alten- und Pflegeheimplätze vorhanden. Genaue Angaben, wie viele Plätze hiervon von psychisch Kranken belegt sind, können nicht gemacht werden. Es ist davon auszugehen, daß etwa ein Viertel bis ein Drittel der Bewohner im weitesten Sinne auch gerontopsychiatrische Diagnosen aufweisen.

Rheinland-Pfalz:

- Wohn- und Pflegeheime: Ca. 2 600 psychisch Behinderte.
- Betreute Wohngemeinschaften: Ca. 400 psychisch Behinderte.
- Betreute Wohngruppen/Einzelwohnen: Das betreute Einzel- und Paarwohnen soll in Kürze in die Förderung mit aufgenommen werden.

Über Alten- und Altenpflegeheime liegen keine Angaben vor.

Saarland:

- Betreutes Wohnen: Ca. 200 Plätze.

- Stationäre Wohnformen (§ 39 BSHG in Verbindung mit § 100 BSHG und § 1 Heimgesetz – stationär erbrachte Eingliederungshilfe): Ca. 170 Plätze.
- Spezielle Pflegeheime für psychisch Kranke: Ca. 160 Plätze.
- Alten- und Pflegeheime: 1990 wurden in 27 Heimen ca. 3 000 Plätze für chronisch psychisch Kranke vorgehalten.

Zur Zeit gibt es konkrete Überlegungen, durch differenzierte Angebote in den Heimen eine Verbesserung der Situation von chronisch psychisch Kranken im Bereich der Alten- und Pflegeheime zu erreichen.

Bayern:

(Stichtag 1. Juli 1989)

- Wohngemeinschaften: Ca. 700 (aktuell ca. 900).
- Übergangseinrichtungen: Ca. 400.
- Wohn- oder Pflegeheime: Ca. 3 103.
- Alten- und Altenpflegeheime: Ca. 12 392 (darunter 896 im Alter von unter 60 Jahren).

Über die Zahl der in sonstigen Einrichtungen und in Einzelwohnungen lebenden psychisch Kranken liegen keine Erkenntnisse vor.

Die Zahl der Wohngemeinschaften erhöht sich ständig. In den vergangenen Jahren wurden rund 100 Wohngemeinschaften für 700 psychisch Kranke gefördert. Weitere Wohnheime für psychisch Kranke werden in die Förderungsplanung aufgenommen.

Hessen:

Es liegen keine Angaben zu betreuten Wohnformen oder anderen nicht zum Anwendungsbereich des Heimgesetzes zählenden Unterkünften vor.

Zum Stichtag 31. Dezember 1991 wurden in 255 Behinderteneinrichtungen 8 688 Heimplätze vorgehalten. 72,3 % der Heime wurden in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft geführt, während 24,7 % gewerblich betrieben wurden.

In Alten- und Pflegeheimen leben mehr als 50 % altersverwirrte und/oder psychisch Kranke, die nicht stationär behandlungsbedürftig sind.

2. Kann die Bundesregierung Auskunft geben über die Anzahl psychisch Kranker, die sich in psychiatrischen Einrichtungen befinden, die aber nicht stationär behandlungsbedürftig sind und in den unter Frage 1 aufgeführten Wohnformen untergebracht werden könnten?

Zur Situation in den alten Bundesländern wird auf die Antwort zu Frage B. I. 7. verwiesen.

Es darf generell gesagt werden, daß sich in den letzten Jahren das Angebot betreuter Wohnformen merklich verbessert hat. Zahlenangaben des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen können hier einen Orientierungsrahmen geben. Im Jahre 1991 waren 1 668 Plätze in

Betreuten Wohngemeinschaften oder Betreutem Einzelwohnen anerkannt. Am 1. April 1992 waren es 2 070 Plätze.

In den neuen Bundesländern ist diese Frage noch Gegenstand von Bestandserhebungen. Der Bedarf an geeigneten alternativen Wohnmöglichkeiten für nicht stationär behandlungsbedürftige psychisch Kranke erscheint aber besonders hoch, da sich Angebote dieser Art erst im Aufbau befinden. Da diese Einrichtungen derzeit nicht in ausreichendem Umfang und Gemeindennähe zur Verfügung stehen, kann eine kurzfristige Lösung des Problems nicht erreicht werden.

3. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele psychisch Kranke in die Obdachlosigkeit geraten?

Welche Gründe sieht die Bundesregierung hierfür?

Gezielte Untersuchungen zu dieser Frage, die nach standardisierten Erhebungsmerkmalen insbesondere die psychiatrische Diagnose, den Erkrankungsbeginn, den Zeitraum der Obdachlosigkeit oder die familiäre und berufliche Situation usw. einschließen, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Auf Grund verschiedener Rückmeldungen aus einzelnen Kreisen und Kommunen sowie den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist jedoch insbesondere in den letzten Jahren von einem steigenden Anteil obdachloser psychisch Kranker auszugehen.

Nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtsebhaftehilfe in Bielefeld leben in der Bundesrepublik Deutschland ca. 150 000 Personen ohne Wohnung bzw. dauerhafte Unterkunft, weitere 200 000 Menschen sind in Notunterkünften untergebracht. Schwerpunkte bilden dabei die Großstädte und Ballungszentren. Wissenschaftliche Untersuchungen über alleinstehende Wohnungslose haben gezeigt, daß diese in hohem Ausmaße von Erkrankungen betroffen sind.

Bis zu 90 % wohnungslose Menschen sollen danach dringend auf die Behandlung ihrer verschiedenen Krankheiten angewiesen sein. Eine gezielte Untersuchung über den Anteil psychiatrischer Erkrankungen ist jedoch nicht bekannt. Einzelne Untersuchungen sprechen von einem Prozentsatz von bis zu 80 % Wohnungsloser mit erheblichen psychischen Auffälligkeiten.

Die Ursachen können einerseits im gesellschaftlichen und sozialen Umfeld liegen, das psychisch Kranke schwer akzeptiert und dessen Anforderungen psychisch Kranke schwerer bewältigen können oder andererseits darin bestehen, daß sie unfähig sind, Hilfe bei den entsprechenden Diensten zu suchen.

Es läßt sich nicht immer unterscheiden, ob in der psychischen Erkrankung die primäre Ursache für Obdachlosigkeit zu suchen ist oder längerdauernde Obdachlosigkeit sekundär zu psychischen Auffälligkeiten geführt hat.

Die Lage auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt stellt trotz materieller Abfederung durch Betreuung, Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe und ambulant-komplementäre Dienste eine schwierige Herausforderung für psychisch Kranke dar. Auf Grund der Besonderheit psychiatrischer Erkrankungen werden nicht in jedem Einzelfall Hilfen angenommen. Andererseits leisten die Lebensumstände der Nichtseßhaften psychischen/psychosomatischen Erkrankungen Vorschub und können, da sie in der Regel keiner Behandlung zugeführt werden, zur Chronifizierung führen.

Besonders gefährdet scheinen psychisch Erkrankte zu sein, die auch gleichzeitig eine Suchtproblematik aufweisen, psychisch Erkrankte mit einer starken Neigung zur Dissozialität und auffälligem Verhalten und psychisch Erkrankte, die auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur Ablehnung bei den jeweiligen Fachleuten sowohl im stationären als auch im außerstationären Bereich hervorrufen.

Ein flächendeckendes Netz abgestufter ambulanter und komplementärer Hilfsangebote wird dem Abgleiten psychisch Kranker in die Obdachlosigkeit vorbeugen können. Dieser Gesichtspunkt muß in der regionalen Psychiatrieplanung Berücksichtigung finden.

Nach Aussagen einiger Bundesländer existieren ausgebauter Hilfesysteme für psychisch Kranke einschließlich Krisendienste, die ein Abgleiten in die Obdachlosigkeit zu verhindern versuchen.

VII. Versorgung von psychisch kranken Müttern mit Kindern

1. Ist der Bundesregierung die Problematik der Unterversorgung von psychisch kranken Müttern mit Kindern bekannt?
2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Deutschen Caritasverbandes, wonach in der Bundesrepublik Deutschland ein dramatisches Defizit bei der psychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Müttern mit Kindern besteht, so daß die betroffenen Frauen und Kinder entweder ohne Hilfe auf sich gestellt sind oder sich in Einrichtungen befinden, die für die besondere Situation beider nicht geeignet sind?

Die Betreuungs- und Behandlungsangebote im Bereich der Psychiatrie stehen grundsätzlich auch psychisch kranken Müttern mit Kindern zur Verfügung.

Die Bundesregierung geht deshalb prinzipiell von keiner Unterversorgung psychisch kranker Mütter mit Kindern aus. Auch von den Landesregierungen wird kein dramatisches Defizit der Versorgung dieser Patientengruppe festgestellt.

In einigen Psychiatrischen Krankenhäusern wird während der stationären Behandlung von Müttern die Betreuung ihrer Kinder angeboten. Dieses Konzept ist von fachlicher Seite nicht unbestritten. Es werden auch Zweifel angemeldet, ob eine gemeinsame, insbesondere akutpsychiatrische Versorgung zum Wohle des Kindes und der Mutter ist.

Die Interessen der Mütter und das Wohlergehen der Kinder müssen ausgewogene Berücksichtigung finden. Das Wohl des Kindes ist in besonderem Maße zu beachten.

Vielfach erfolgt die Versorgung und Betreuung von Kindern psychisch kranker Mütter durch die Angehörigen.

Probleme werden sich vor allem bei alleinstehenden Müttern ergeben.

In der Vorsorge und Nachsorge nach stationärer Behandlung ist der besonderen Lage psychisch kranker Mütter in der betreuungs- und organisationsmäßigen Ausgestaltung ambulanter gemeindenaher Hilfen Rechnung zu tragen. Hier sind vor Ort noch Probleme zu überwinden.

3. Wie viele psychisch kranke Mütter mit Kindern gibt es, bei wie vielen ist eine gemeinsame Versorgung zum Wohle des Kindes möglich, wie viele werden in Einrichtungen zusammen mit ihren Kindern betreut?

Es fehlen gesicherte Erkenntnisse, inwieweit eine gemeinsame Versorgung zum Wohle des Kindes sinnvoll ist.

In einigen Kliniken besteht die Möglichkeit der stationären Aufnahme von psychisch kranken Müttern mit Kindern, insbesondere von suchtkranken Müttern. Statistische Angaben oder Bedarfserhebungen liegen zu dieser Frage nicht vor.

4. Stellt die Unterversorgung von psychisch kranken Müttern mit Kindern nach Auffassung der Bundesregierung einen Verstoß gegen § 19 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes dar, wonach Müttern oder Vätern, die allein für ein Kind zu sorgen haben, Betreuung und Unterkunft gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform angeboten werden soll, wenn und solange sie auch trotz ihrer krankhaften Störung der Persönlichkeitsentwicklung zur Pflege und Erziehung des Kindes fähig sind und das Kindeswohl eine gemeinsame Unterbringung erlaubt oder gebietet?

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – ist erst am 1. Januar 1991 in Kraft getreten. Für die Ausführung dieses Gesetzes sind nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes die Länder und kommunalen Gebietskörperschaften zuständig.

Konkrete Hinweise über die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 19 SGB VIII (Vater/Mutter-Kind-Einrichtungen) liegen der Bundesregierung nicht vor.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind als Leistungen der öffentlichen Fürsorge wie die der Sozialhilfe nachrangig (§ 10 SGB VIII). Bei der Prüfung der Leistungen an psychisch kranke Mütter mit Kindern kann nicht allein die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 19 SGB VIII zum Maßstab genommen werden, vielmehr sind dabei auch vorrangige Leistungen etwa

in der sozialen Krankenversicherung einzubeziehen. Primärer Leistungszweck in § 19 SGB VIII ist nämlich nicht die Besserung oder Heilung krankhafter Störungen der Persönlichkeitsentwicklung der Mutter, wie dies in der Formulierung der Frage zu Nummer 4 anklingt, sondern in erster Linie die pädagogische Unterstützung junger „berufsunreifer“ Mütter bzw. Väter, die im Einzelfall und unter Beachtung der Grundsätze des Nachranges auch therapeutische Leistungen einschließen kann. Leistungen nach § 19 dienen daher primär nicht der Versorgung von psychisch kranken Müttern mit Kindern.

Es ist auch darauf hinzuweisen, daß § 19 SGB VIII auf Grund der Maßgaben im Einigungsvertrag im Beitrittsgebiet bis zum 31. Dezember 1994 nur als Kann-Leistung zur Anwendung kommt (Anlage I Kapitel X Sachgebiet B Abschnitt III des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 – BGBl. 1990 II S. 885, 1219).

Das in der Frage anklingende Problem ist in der Bereitstellung ausreichender betreuter Wohnformen für psychisch kranke Mütter mit Kindern zu suchen.

Dies ist eine Anforderung, der sich die regionale Psychiatrieplanung zu stellen hat.

5. Welche Form der psychiatrischen Betreuung von psychisch kranken Müttern mit Kindern hält die Bundesregierung für geeignet, und welche Maßnahmen wird sie ergreifen, um eine ausreichende Versorgung in dieser geeigneten Form zu gewährleisten?

Die Entwicklung und Bewertung neuer konzeptioneller Ansätze ist Aufgabe der Fachwelt. Die sehr komplexe Frage nach geeigneten Versorgungsformen ist nur durch wissenschaftliche Untersuchungen zu beantworten.

Die Umsetzung der Empfehlungen der Psychiatrie-Reform mit differenzierten, bedarfsgerechten Angeboten in Gemeindenähe bietet die grundsätzliche Voraussetzung dafür, daß auch im Einzelfall bedarfsgerechte Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder sichergestellt werden können bzw. müssen.

In diesen Rahmen sind auch vorliegende Erfahrungen und Angebote im stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich der einzelnen Bundesländer einzubeziehen.

VIII. Versorgung psychisch kranker Ausländer

1. Welche spezifischen Probleme gibt es für psychisch kranke Ausländer?

Untersuchungen über die Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern sind oft widersprüchlich und es ist nicht eindeutig belegbar, daß Migranten öfter erkranken als Vergleichsgruppen des Herkunfts- oder Einwanderungslandes.

Es steht aber außer Frage, daß die Migration eine hohe psychosoziale Belastung darstellt. Das Verlassen bekannter, vertrauter und bestimmender soziokultureller Gemeinschaftsbezüge bringt Identitätsprobleme mit sich. Zu der Unsicherheit in der Fremde kommt oft die Angst durch eine fehlende oder unsichere Zukunftsperspektive. Wenn der einzelne auf Grund intrapsychischer oder psychosozialer Belastungsfaktoren nicht in der Lage ist, die neuen Erfahrungen in seine Ich-Struktur zu integrieren und eine neue Identität zu entwickeln, kann die Migration zum Ausbruch psychischer/psychosomatischer Krankheiten führen.

In vielen Situationsanalysen zur psychosozialen Versorgung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland wird auf die mangelnde Inanspruchnahme von psychosozialen Versorgungseinrichtungen hingewiesen. Die Gründe sind vor allem in der Sprachbarriere, aber auch in kulturellen, religiösen und sozialen Problemen hinsichtlich erlebter Ausländerfeindlichkeit zu suchen, aus denen Unkenntnis und Mißtrauen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten erwächst.

Aber auch die häufig mangelnde Ausrichtung der psychosozialen Regelversorgungsstrukturen und der angebotenen therapeutischen Hilfen auf die spezifische Problemlage von Migranten erschwert den Zugang zu den deutschen Beratungseinrichtungen. Obwohl es regionale nationalitäten-spezifische psychosoziale Angebote besonders in (groß-)städtischen Bereichen gibt, muß grundsätzlich festgestellt werden, daß noch kein angemessenes Angebot existiert.

2. Gibt es in der Bundesrepublik Deutschland spezielle Hilfsangebote für diese Personengruppe, und welche Regionen stellen diese zur Verfügung?

In den alten Bundesländern stehen differenzierte Hilfsangebote für psychisch kranke Ausländer zur Verfügung. Eine Konzentration auf großstädtische Ballungsgebiete liegt in der Natur der Sache. In den neuen Ländern steht eine solche Differenzierung erst an.

Unter Trägerschaft insbesondere der Länder, Kommunen und Verbände der freien Wohlfahrtspflege sowie der Kirchen wurden Angebote für verschiedene Ausländergruppen eingerichtet. Dazu zählen spezielle Ausländerberatungsstellen, Psychologische Dienste und psychosoziale Kontaktstellen für Ausländer, die Schaffung ausländerspezifischer Teams in Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Diensten sowie Betreuung und Dolmetschertätigkeit in den stationären Einrichtungen.

Alle diese Dienste sind gezielt mit ausländischen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen besetzt. Der Grad des Ausbaues dieser Dienste ist z. T. beachtlich, wie z. B. in Bayern, das über ein landesweites Netz an Ausländerberatungsstellen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege berichtet.

Dennoch bestehen große regionale Unterschiede. Die Inanspruchnahme der allgemeinen sowie speziellen Dienste ist in der psychiatrischen Versorgung durch Ausländer von den unter 1. benannten Schwierigkei-

ten gekennzeichnet, die in der Fortschreibung der regionalen Psychiatrieplanung sowohl quantitativ als auch konzeptionell Berücksichtigung finden müssen.

Umfassende Listen über Kontaktadressen sind z. B. bei den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, den Landeskirchen oder zentralen Gesundheitsbehörden vor allem der Großstädte zu erhalten.

Die medizinische, psychotherapeutische und soziale Betreuung und Rehabilitation von verfolgten Ausländern, die in ihren Herkunftsländern gefoltert wurden, stellt sich das neugegründete interdisziplinäre Behandlungszentrum für Folteropfer e.V. Berlin zur Aufgabe. Ein spezifisches Behandlungszentrum war notwendig, da die Erfahrungen gezeigt haben, daß eine Behandlung der spezifischen Probleme dieser Patienten in der gesundheitlichen und psychosozialen Regelversorgung nicht möglich ist. Ein Teil der Arbeit des Zentrums wird die wissenschaftliche Erforschung der Spätfolgen von Folter sein. Das Bundesministerium für Familie und Senioren, das Deutsche Rote Kreuz und die UNO tragen einen Teil der Kosten.

IX. Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen

1. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der steigenden Anzahl von älteren psychisch erkrankten Menschen als Folge des demographischen Wandels?

Die Bundesregierung hat erstmalig einen Gesamtbericht zur Lage der älteren Generation in den alten Bundesländern vorgelegt, der sich u. a. auf die Schwerpunktthemen Erhaltung und Steigerung von Kompetenzen im Alter und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durch Prävention und Rehabilitation konzentriert.

Die Situation psychisch kranker alter Menschen kann nicht isoliert von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation älterer Menschen gesehen werden. Die Selbständigkeit der Lebensführung alter Menschen möglichst lange zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern, ist wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Diesem Ziel entspricht auch die im Gesundheits-Reformgesetz (GRG) neugefaßte Bestimmung der rehabilitationsbezogenen Leistungen.

Die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit wurden im GRG mit dem Ziel aufgenommen, die häusliche Pflege zu stärken und die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege zu tragen haben, zu entlasten. Die steuerliche Absetzbarkeit der Aufwendungen für Pflegepersonal wurde durch Einführung eines Pflegepauschalbetrages verbessert. Ein weiterer Schritt wurde mit der Verbesserung der Alterssicherung der Pflegepersonen im Rentenreformgesetz getan. Ein umfassendes Konzept zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit bleibt wichtiges Ziel der Bundesregierung. Im Hinblick auf die große Bedeutung, die der Eigeninitiative in diesem Versorgungsbereich zukommt, fördert die Bundesregierung Selbsthilfeinitiativen durch umfangreiche Maßnahmen.

Die Novellierung des Heimgesetzes hat das Ziel, die Rechtsstellung der Heimbewohner zu verbessern und ihre Mitwirkungsmöglichkeit zu stärken. Die Heimaufsicht liegt in der Zuständigkeit der Länder, die diese delegieren können.

Um Defiziten in der gerontopsychiatrischen Versorgung zu begegnen, bedarf es der Entwicklung spezifischer, adäquater Versorgungsstrukturen. Die Bundesregierung hat es als einen wichtigen Aspekt ihrer zukunftsorientierten Altenpolitik angesehen, hierzu durch die Förderung der Altersforschung und mit Modellprojekten der Altenhilfe und der gerontopsychiatrischen Versorgung, beizutragen. Nicht zuletzt auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse lösen die Länder bereits gegenwärtig eine Vielzahl von Aufgaben im Rahmen ihrer Zuständigkeit.

So strebt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe eine flächendeckende Versorgung mit gerontopsychiatrischen Zentren an und sieht einen weiteren Schwerpunkt in der teilstationären Tagespflege.

Bayern sieht die Schlüsselrolle in den ca. 1400 in Bayern bestehenden ambulanten Sozialpflegerischen Diensten, unter denen die Sozialstationen eine zentrale Stellung einnehmen.

2. Wird die Bundesregierung besondere Modelle für diesen Personenkreis fördern?

Mit dem Haushalt 1991 hat die Bundesregierung ein Modellprogramm zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen aufgelegt, mit dem die Einführung und die Umsetzung eines Gesetzes zur Absicherung des Pflegerisikos vorbereitet werden soll.

Im Rahmen dieses Modellprogramms, für dessen Durchführung der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zuständig ist, werden auch solche Modellprojekte gefördert, die sich mit der Pflege und Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten befassen.

Durch das Bundesministerium für Gesundheit werden seit 1985 in den alten Bundesländern Modellprojekte zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen im ambulanten/komplementären Bereich gefördert. Projekte, die neue und übertragbare Erkenntnisse über den Ausbau gemeindenaher gerontopsychiatrischer Versorgungsnetze bringen, werden auch weiterhin ein Schwerpunkt der Modellförderung in den alten und neuen Bundesländern bleiben.

Aus der Erkenntnis heraus, daß die gesundheitlichen Probleme alter Menschen zunehmend eine Umstellung des Versorgungssystems erfordern, wurde im Programm „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“, das gemeinsam vom Bundesminister für Forschung und Technologie, vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und vom Bundesminister für Gesundheit getragen wird, ein Forschungsschwerpunkt Gesundheit im Alter eingerichtet.

Neue therapeutische Konzepte bedürfen der Ursachenforschung und der Einbeziehung epidemiologischer und neurobiologischer Methoden.

Die Altersforschung soll dazu beitragen, Wohlbefinden, Selbständigkeit und Selbstversorgung alter Menschen so lange wie möglich zu erhalten. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt deshalb bei der Prävention und Früherkennung.

Der Bedeutung der Gerontopsychiatrie für die seelische Gesundheit im Alter wird durch die schwerpunktmäßige Erforschung der Demenzen, insbesondere der Alzheimer-Krankheit und der Depressionen Rechnung getragen.

Damit wird der aktuellen gesundheitspolitischen Bedeutung der Altersforschung und der Versorgungsforschung unter Einbeziehung des beruflichen und sozialen Umfeldes entsprochen.

C. Stand der Psychiatriereform

I. Enthospitalisierung

1. Ist die Enthospitalisierung der in Frage B. I. 6 genannten Langzeitpatienten, wie sie die Expertenkommission empfiehlt, für die Bundesregierung ein politisches Ziel?

Wenn ja, durch welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, die Enthospitalisierung zu unterstützen und voranzutreiben?

Das Ziel der Psychiatriereform war, von einer verwahrenden zu einer therapeutischen Psychiatrie zu gelangen. Seit Beginn der Psychiatriereform Ende der 60er Jahre hat ein Strukturwandel in der psychiatrischen Versorgung stattgefunden, der sich entsprechend der Zielsetzung der Psychiatrie-Enquête von 1975 schwerpunktmäßig im ambulanten und komplementären Bereich ausgewirkt hat. Tragfähige gemeindeintegrierte ambulante/komplementäre Versorgungsstrukturen sind die Voraussetzung für eine Enthospitalisierung von psychiatrischen Langzeitpatienten. Enthospitalisierung kann nicht generell heißen, Bettenreduzierung zugunsten Unterbringung in Heimen oder Pflegebereichen. Der Zugewinn an Lebensqualität ist zu messen an den Wahlmöglichkeiten für Wohn- und Lebensformen sowie an bedarfsgerechten Betreuungsangeboten in den Gemeinden. In diesem Sinne war und ist die Enthospitalisierung von Langzeitpatienten für die Bundesregierung ein politisches Ziel, und sie hat durch die bekannten Initiativen dem maßgeblichen Reformimpuls der Psychiatriereform entscheidend zum Durchbruch verholfen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen konstatiert in seinem Jahresgutachten 1988: „Bei einer Gesamtbewertung der letztjährigen Entwicklungen der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist heute festzustellen, daß das Modellprogramm des Bundes als politische Antwort auf die Psychiatrie-Enquête von 1975 unbestritten zu einer qualitativen Verbesserung der psychiatrischen Versorgungslandschaft geführt hat, insbesondere auch zu einer Stärkung der komplementären und teilstationären Behandlungsangebote und somit einen Beitrag dazu geleistet hat, daß die Bundesrepublik Deutschland den Anschluß an die Entwicklung im Ausland gefunden hat.“

Die Bundesregierung wird auch weiterhin ihre Verantwortung in dem ihr zur Verfügung stehenden Rahmen wahrnehmen.

Nach Abschluß der Modellerprobung ist es die verfassungsmäßige Aufgabe der Länder, bewährte Erkenntnisse in der Alltagspraxis umzusetzen.

2. Welche Fortschritte hat die Enthospitalisierung bis jetzt gemacht, und welche konkreten Wege wurden eingeschlagen?

Welche Hindernisse und Schwierigkeiten sind der Bundesregierung bekannt, und was hat sie zu ihrer Beseitigung getan?

Wie viele Kranke wurden enthospitalisiert?

3. Sind der Bundesregierung regionale Unterschiede bei der Enthospitalisierung bekannt?

Wenn ja, welche regionalen Unterschiede bestehen?

Von Reformimpuls der Psychiatrie-Enquête von 1975 angeregt, hat ein Strukturwandel stattgefunden. Die psychiatrischen Krankenhäuser haben sich den veränderten konzeptionellen Anforderungen angepaßt. Dies findet u. a. auch seinen Ausdruck in einer Reduzierung der Bettenzahl in den großen Psychiatrischen Krankenhäusern von rund 150 000 Betten im Jahre 1976 auf gegenwärtig rund 75 000 Betten in den alten Bundesländern. Damit verbunden war die Möglichkeit der inneren und äußeren Sektorisierung mit spezialisierten und fachgerechten Angeboten für unterschiedliche Indikationen. Dem Grundsatz der Regionalisierung wurde mit einer Zunahme von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von ca. 20 im Jahre 1971 auf gegenwärtig rund 200 entsprochen. Ca. 34 % halten eine Bettenzahl von 80 bis 100 vor und die Hälfte hat sich zur Übernahme der regionalen Pflichtversorgung bereiterklärt. Eine Bedarfsdeckung wird angenommen.

Die durchschnittliche stationäre Verweildauer wurde von ehemals 152 Tagen auf 70 Tage im Jahre 1990 verkürzt.

Die neue Personalverordnung für den stationären Bereich, die durch personelle, finanzielle und organisatorische Verbesserungen die Grundlage für eine Qualitätssteigerung der stationären psychiatrischen Behandlung bildet, wird zur Verhinderung von Chronifizierung und Hospitalisierung beitragen. Die Finanzierung von Tageskliniken und Institutsambulanzen ist im Gesundheits-Reformgesetz geregelt.

Im ambulanten Bereich hat sich seit der Psychiatrie-Enquête im Jahre 1975 die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte auf heute insgesamt 4 500 verdreifacht. Die ambulante Versorgung hat sich insbesondere für chronisch psychisch Kranke und Behinderte durch den Ausbau gemeindeintegrierter teilstationärer, ambulanter und komplementärer Behandlungsangebote gebessert.

Insgesamt darf eingeschätzt werden, daß die aus der Psychiatrie-Enquête von 1975 und den Modellprogrammen gewonnenen Erkenntnisse ausreichen, um

umfassende Rahmenbedingungen und Lösungsvorschläge für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu unterbreiten. Die Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung liegt in der Verantwortung der Länder, Kommunen und anderer an der psychiatrischen Versorgung Beteiligter.

Der Aufbau komplementärer Hilfen (Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, Kontaktstellen, Übergangseinrichtungen, betreute Wohnformen, psychiatrische Pflege durch Sozialstationen) ist nicht flächendeckend und weist große regionale Unterschiede qualitativer und quantitativer Art auf.

Hinsichtlich der Finanzierungsabgrenzungen und -regelungen wird u. a. auf Antwort zu Frage B. II. 6. verwiesen.

Bei psychischen Erkrankungen mehr noch als bei körperlichen Erkrankungen müssen neben somatischen auch psychologische und soziale Aspekte Eingang in den therapeutischen Ansatz finden, die insbesondere in der rehabilitativen Phase integriert angeboten werden müssen. Diese Erkenntnisse müssen volle Berücksichtigung in der Zuordnung therapeutischer Maßnahmen zu den verschiedenen Sozialleistungsträgern finden. Dieser Gesichtspunkt kann einen positiven Ansatz bei der Prüfung von Mischfinanzierungen zwischen den Sozialleistungsträgern bieten. Eine anzustrebende (pauschale) Mischfinanzierung muß die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, der Kostendeckung und der Rechtssicherheit erfüllen.

Der vom Bundesgesetzgeber im SGB V rechtlich gesteckte Rahmen, in dem festgelegt ist, daß den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Gewährung von medizinischen und ergänzenden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie, wird als ausreichend angesehen (§§ 27, 43, 92). Es liegt in der Verantwortung der Selbstverwaltung, Ärzte und Krankenkassen, diesen rechtlich vorgegebenen Rahmen auszufüllen. Die Erprobungsregelung des SGB V (§§ 63 bis 68) bietet ebenfalls rechtliche Voraussetzungen, die zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und Rehabilitation von psychisch Kranken genutzt werden können.

Der Gesetzgeber hat die verschiedenen Leistungsträger verpflichtet, zur Absicherung eines nahtlosen und aufeinander abgestimmten Versorgungskonzeptes zwischen stationärem und ambulanten Bereich bei der Durchführung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten (insgesamt §§ 86 ff. und 95 SGB X, § 10 Abs. 2 und 3 BSHG). Zunehmend versuchen Länder und Kommunen, diesen Prozeß durch die Einsetzung von Koordinatoren zu unterstützen. Im Bundesmodell-Programm hat sich die Trias aus Dezernent, Koordinator und Beirat im Prinzip als wirkungsvolles Instrument bei der regionalen Psychiatrieplanung und -umsetzung bewährt.

Für die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten vom Januar 1988 aufgeführten Mängel:

- unterschiedliche Finanzierung psychiatrischer Versorgungsaufgaben im Rahmen variierender Mischfinanzierung in einzelnen Bundesländern,
- Vielfalt und Inhomogenität der Versorgungslandschaft in und zwischen den Bundesländern,
- keine Realisierung flächendeckender Ansätze zur Verbesserung der Versorgung

liegt die Verantwortung nicht bei der Bundesregierung.

Die Bundesregierung sieht die gemeinsame Verantwortung mit den Ländern, Kommunen, Leistungsträgern und Leistungsanbietern und wird auch weiterhin im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Zuständigkeit ihrer Verantwortung nachkommen.

Die Frage, wie viele Kranke enthospitalisiert wurden, ist in dieser Fragestellung nicht zu beantworten, da hierüber keine Statistiken geführt werden. Zudem schließt eine Integration in außerstationäre Einrichtungen erneute stationäre Aufenthalte unterschiedlicher Dauer nicht aus.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

1990 wurde mit der Enthospitalisierung im Psychiatriebereich begonnen.

Bisher erfolgte eine Enthospitalisierung von insgesamt 856 Kranken, die in Pflegeabteilungen bzw. anderen Betreuungsformen eingegliedert wurden.

Brandenburg:

Die Landesregierung hat für den Aufbau ambulanter und komplementärer Hilfen ein eigenes Förderprogramm „Aufbruch Psychiatrie“ aufgestellt. Angesichts der desolaten Verhältnisse auch in den Bereichen der Heimunterbringung und des betreuten Wohnens kann jedoch die Entwicklung nur verhältnismäßig langsam voranschreiten, weil bessere und angemessenere Unterbringungsformen außerhalb der großen Institutionen erst geschaffen bzw. saniert werden müssen. Zudem wird auf das Problem, geeignetes therapeutisches und betreuendes Personal zu gewinnen, hingewiesen.

Sachsen-Anhalt:

Ca. 50 bis 60 % der Patienten der Psychiatrischen Krankenhäuser sind nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig. Da entsprechende Betreuungseinrichtungen nicht zur Verfügung stehen, wurden auf dem Gelände der fünf Psychiatrischen Krankenhäuser vorläufige Heimbereiche eingerichtet. Hierdurch war gleichzeitig eine Reduzierung der psychiatrischen Betten im Landeskrankenhausplan möglich.

Hamburg:

Zwischen 1970 und 1990 wurde im Stadtgebiet Hamburg die Anzahl der psychiatrischen Krankenhausbetten von 1 939 auf 1 232 reduziert; im gleichen Zeitraum ging die Inanspruchnahme der außerhamburgischen

Krankenhäuser von ca. 1 330 auf 793 pro Jahr zurück. In den Jahren von 1970 bis 1990 konnten 130 Tagesklinikplätze aufgebaut und ca. 1 000 Plätze im sog. komplementären Bereich (Übergangs- und Wohneinrichtungen, Betreutes Wohnen, Tagesstätten) geschaffen werden.

Bremen:

Die Zahl der psychiatrischen Pflegefälle in stationären Einrichtungen wurde von 509 (1980) bis auf ca. 12 im Jahre 1992 reduziert. Dies wurde in Bremen konkret dadurch erreicht, daß die Personalbemessung für Pflegefälle im stationären Bereich verbessert und die für den stationären Bereich aufzuwendenden Mittel schrittweise in den ambulanten und komplementären Bereich umgeschichtet wurden. Gegenwärtig besteht im Landesdurchschnitt für die meisten der ehemaligen Pflegefälle eine qualifizierte ambulante und komplementäre Versorgung.

Schleswig-Holstein:

Zwischen 1956 und 1990 konnten bei den Landeskrankenhäusern in Heiligenhafen, Neustadt und Schleswig rund 1 500 Plätze durch den Ausbau dezentraler Versorgungs- und Betreuungsformen abgebaut werden.

Nordrhein-Westfalen:

Nach einer Auffangkonzeption für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychiatrie-Betten, die mit chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten belegt sind, wurden zum 1. Januar 1993 4 254 Psychiatrie-Betten aus dem Krankenhausplan genommen. Die hierdurch im Landeshaushalt freiwerdenden Mittel werden den von der Bettenherausnahme betroffenen Einrichtungen entsprechend der Gesamtzahl der abgebauten Betten für Investitionen zur Weiterentwicklung des komplementären Bereiches im Sinne der Psychiatriereform (z. B. betreutes Wohnen/dezentrale kleine Heimeinrichtungen/kleine Betreuungs- und Pflegeeinheiten/Tagesstätten) zur Verfügung gestellt.

Obwohl in den vergangenen zehn Jahren eine kontinuierliche Verkleinerung der Langzeitbereiche in den Rheinischen Landeskliniken erreicht werden konnte, befindet sich dort infolge noch immer nicht ausreichender außerstationärer Versorgungsangebote noch eine erhebliche Zahl von Langzeitpatienten. Die mit Abstand größte Gruppe (ca. 1 200 Patienten) wird gebildet durch die sogenannten „alten“ Langzeitpatienten, d. h. durch Personen, die bereits vor dem Wirksamwerden gemeindepsychiatrischer Reformen in stationäre Behandlung aufgenommen wurden und dort inzwischen seit 20 und mehr Jahren verweilen.

In Anbetracht dieser Situation hat der Landschaftsverband Rheinland-Pfalz 1990 ein (Sonder-)Investitionsprogramm beschlossen, dessen Ziel die weitestmögliche Integration von Langzeitpatienten in gemeindenahe Versorgungsstrukturen sein soll.

Das Programm wählt zwei Wege zur Umsetzung dieser Zielsetzung:

1. Dezentralisierung der Langzeitbereiche durch den Aufbau kleinerer Wohneinheiten in Klinikträgerschaft,
2. Förderung freier Träger mit dem Ziel des Aufbaus von Wohnheimen und betreuten Wohngruppen für Langzeitpatienten der Rheinischen Landeskliniken.

Die Beteiligung der Rheinischen Landeskliniken am Aufbau gemeindenahe Versorgungsstrukturen für Langzeitpatienten scheint sich insofern zu bewähren, als hierdurch die Etablierung von rehabilitationsbezogenen Arbeitsansätzen im Handlungsgefüge der Klinik gefördert wird und die mit der Verkleinerung großer Kliniken verbundenen personalwirtschaftlichen Probleme besser aufgefangen werden können. Überdies wird durch die hierdurch erreichte enge Anbindung an die Mutterinstitution auch Patienten eine gemeindenahe Versorgung ermöglicht, die – auf Grund eines erhöhten Versorgungsbedarfs, starker Hospitalismus-symptome etc. – durch herkömmliche komplementäre Angebote in der Regel nicht erreicht werden.

Nach dem bisherigen Verlauf des Sonderprogrammes ist davon auszugehen, daß in den nächsten zwei bis drei Jahren etwa die Hälfte der Langzeitpatienten in den Rheinischen Landeskliniken in gemeindenahe Versorgungsstrukturen eingegliedert werden kann.

Fast in allen Krankenhäusern des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sind besondere Bereiche für geistig Behinderte gebildet und ein spezielles Förderprogramm entwickelt worden. Anfang 1989 haben sich in den Westfälischen Kliniken ca. 1 200 geistig behinderte Patienten befunden. Davon waren 900 Patienten direkt oder zumindest nach einer Vorbereitungsphase in der Lage, ein Leben außerhalb der Klinik zu führen. Diese Vorbereitungsphase wurde bisher bei 300 Patienten durchgeführt und abgeschlossen.

Seit 1990 werden jedes Jahr 5 Mio. DM zur Schaffung komplementärer Versorgungsformen für geistig Behinderte bereitgestellt. Durch dieses Programm konnten bisher über 120 Plätze für diesen Personenkreis geschaffen werden. Für die dorthin zu entlassende schwierige Klientel wird in der Regel ein höherer Pflegesatz als üblich anerkannt.

Des weiteren wurde zur Verbesserung der komplementären Versorgungsstruktur ein Projekt im Kreis Soest durchgeführt. Von 1988 bis 1990 wurden umfangreiche Untersuchungen für den Bereich des Betreuten Wohnens durchgeführt. Trotz der Bemühungen zur Schaffung geeigneter Versorgungsformen für die aus der stationären Unterbringung entlassbaren geistig Behinderten besteht hier ein außerordentlicher Bedarf.

Rheinland-Pfalz:

Die drei großen Psychiatrischen Kliniken, die Landesnervenkliniken Andernach und Alzey sowie die Pfalz-klinik Landeck, bemühen sich um eine Enthospitalisierung ihrer sog. Langzeitpatienten. Im Zusammenhang mit dem Aufbau von komplementären Einrichtungen und Diensten ist es gelungen, die Langzeit- oder Pflegebereiche dieser Kliniken zu reduzieren.

Die Landesnervenklinik Alzey hat seit 1984 über 200 Betten von ursprünglich rund 400 Betten aus dem Langzeitbereich abbauen können. Ein Teil der ehemaligen Langzeitpatientinnen und -patienten wurde in komplementäre Einrichtungen – insbesondere Wohnheime – vermittelt.

Durch gezielte Enthospitalisierungsmaßnahmen auf einer „Trainingsstation“, auf der die Patientinnen und Patienten lebenspraktisches Verhalten wiedererlernen, und über die teilstationäre Pflege ist es der Landesnervenklinik Alzey gelungen, zum Teil über Jahrzehnte in der Klinik hospitalisierte Patientinnen und Patienten in Betreutes Wohnen zu vermitteln. Teilstationäre Pflege bedeutet dabei, daß die Patientinnen und Patienten in betreuten Wohnungen oder Wohngruppen vornehmlich in der Stadt Alzey leben und als tagesstrukturierende Maßnahmen an der Arbeits- oder Beschäftigungstherapie in der Klinik teilnehmen. Die hierfür erforderlichen Wohnungen werden auf dem freien Wohnungsmarkt vom Hilfsverein der Klinik angemietet und an die Patientinnen und Patienten als Untermieter weitervermietet. Dieses Enthospitalisierungsprogramm hat sich durchaus bewährt und soll – zum Teil etwas modifiziert – auch in der Landesnervenklinik Andernach und der Pfalzlinik Landeck umgesetzt werden.

Das Enthospitalisierungsprogramm der Landesnervenklinik Alzey stößt jedoch an zwei Grenzen:

- Zum einen wird es zunehmend schwieriger, auf dem freien Wohnungsmarkt entsprechende Wohnungen für psychisch kranke Menschen anzumieten. Dieses Problem wird auch von anderen Trägern des Betreuten Wohnens immer häufiger angesprochen.
- Zum anderen wird es nicht möglich sein, dieses Enthospitalisierungsprogramm für Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten mit dem Instrument der teilstationären Pflege weiter fortzusetzen, da ansonsten in der Stadt Alzey ambulante Gettos von psychisch behinderten Menschen entstehen. In der näheren Umgebung der Pfalzlinik Landeck in Klingenstein gibt es mittlerweile auch schon 76 Plätze im Betreuten Wohnen. Ein weiterer Ausbau würde das soziale Gleichgewicht in den Siedlungen in der Nähe der Kliniken verändern.

Eine Rückführung und Integration in die Ursprungsgemeinde ist das erklärte Ziel.

Die großen Wohnheime für psychisch behinderte Menschen gehen vermehrt dazu über, geeignete Bewohnerinnen und Bewohner nach einer Vorbereitungsphase in heimangebundene Außenwohngruppen zu vermitteln.

Saarland:

Nur noch wenige der früheren „Anstaltspatienten“ bzw. Langzeitpatienten einschließlich geistig Behinderte, die nicht mehr psychiatrisch krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, leben auf dem Gelände eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses (insgesamt 60; Altersstruktur: 30 bis 80 Jahre) in einem dem Landeskrankenhauses angegliederten Psychiatrischen Pflegeheim. Da das Landeskrankenhauses im Wege der von der

saarländischen Landesregierung beschlossenen Dezentralisierung der klinisch-stationären Psychiatrie bis zum Jahre 1998 aufgelöst wird, befindet sich dieses Pflegeheim zur Zeit ebenfalls in einem Auflösungsprozeß. Nach und nach sollen diese zumeist chronisch psychisch kranken Menschen in vorhandene gemeindenahen und zahlenmäßig überschaubare Wohnheime umziehen.

In den letzten Jahren entstand eine psychiatrische Infrastruktur in Form von ambulanten und komplementär-rehabilitativen Einrichtungen, deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist und die weiter gefördert werden soll.

Zur Situation in weiteren Bundesländern wird auf die Antwort zur Frage B. VI. 1. hingewiesen.

II. Institutsambulanzen

1. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Expertenkommission, daß psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (mit Versorgungsverpflichtung) mit psychiatrischen Fachkrankenhäusern in bezug auf die Zulassung von Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V gleichgestellt werden müßten?

Institutsambulanzen sind ein wichtiges Bindeglied in der Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung speziell für die Gruppe der schwerer gestörten und rückfallgefährdeten Patienten. Ihr Finanzierungsrahmen ist im SGB V, §§ 118, 120 geregelt.

Im System des SGB V (§§ 116 ff.) ist die institutionelle Teilnahme von Krankenhäusern an der kassenärztlichen Versorgung jedoch als Ausnahmetatbestand ausgestaltet. Denn die Ermächtigung der Krankenhäuser zur Behandlung von Versicherten überträgt Teilfunktionen der kassenärztlichen Versorgung mit der Folge, daß die Krankenhäuser dann eine in die Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen fallende Aufgabe wahrnehmen.

Dementsprechend können nach § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen von dem Zulassungsausschuß zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht sichergestellt ist.

Die Bundesregierung sieht keine Veranlassung, auf die Bedarfsprüfung für die Erteilung einer Ermächtigung aus Sicherstellungsgründen zu verzichten und die genannten Allgemeinkrankenhäuser durch Einbeziehung in die Regelung des § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V den Psychiatrischen Krankenhäusern gleichzustellen. Auf die Bedarfsprüfung zur Führung einer Institutsambulanz sollte auch nicht für den Fall verzichtet werden, daß sich die betreffende Abteilung des Allgemeinkrankenhauses zur Übernahme der Vollversorgung einer definierten Region verpflichtet hat, wie im

Änderungsvorschlag der Expertenkommission enthalten.

Den berechtigten Belangen einer ausreichenden psychiatrischen Versorgung durch Institutsambulanzen der Allgemeinkrankenhäuser ist in ausreichender Weise dadurch Rechnung getragen, daß die Ablehnung eines Antrages auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuß justiziabel ist.

2. In welchen Bundesländern gibt es noch keine Institutsambulanzen, und warum nicht?

In Baden-Württemberg bestand im Zusammenhang mit der Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste zwischen allen Beteiligten, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden, Einigkeit darüber, daß Institutsambulanzen in Baden-Württemberg nicht eingerichtet werden sollen. Dafür beteiligen sich die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen anteilig an der Finanzierung des nichtärztlich geleiteten Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Inzwischen ist der landesweite Aufbau Sozialpsychiatrischer Dienste abgeschlossen. Diese Sozialpsychiatrischen Dienste ergänzen durch ihr spezifisches Betreuungsangebot die ärztlichpsychiatrische Behandlung.

Auch in Bremen besteht keine Institutsambulanz. Die Fachkrankenhäuser haben den Status von Abteilungen, obwohl sie die Pflichtversorgung tragen. Insofern wird nach Auffassung der zuständigen Gerichte die Versorgung nicht durch ein Fachkrankenhaus i. S. von § 118 SGB V, sondern durch Abteilungen an einem Allgemeinkrankenhaus vorgehalten, so daß die Ermächtigung versagt blieb. Keine Institutsambulanzen nach § 118 SGB V wurden zudem im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Koblenz, Nord-Baden, Rhein-Hessen, Süd-Baden und Süd-Württemberg zugelassen.

Nach Angaben der Arbeitsgruppe Institutsambulanzen des Arbeitskreises der Leiter öffentlicher Psychiatrischer Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland wurden in mehreren anderen Bundesländern an Fachkrankenhäusern Institutsambulanzen nicht flächendeckend oder nur ausnahmsweise eingerichtet wie in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen oder Schleswig-Holstein.

Die Gesamtzahl der Institutsambulanzen beläuft sich nach Angabe der Spitzenverbände der Krankenkassen derzeit auf 134.

3. In welchen Regionen sind die Finanzierungsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern nicht kostendeckend, und warum nicht?

Die Finanzierung der Institutsambulanzen erfolgt pauschal. Die Höhe ist Gegenstand der ausgehandelten Finanzierungsverträge zwischen Krankenkassen und

Krankenhausträgern. Teilweise sind für die Institutsambulanzen sehr günstige Pauschalvergütungen erzielt worden.

Auf eine Zusammenstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser aus dem Jahre 1991 wird verwiesen. Kostendeckende Finanzierungen gibt es demnach in Berlin-West, Bayern und Rheinland-Pfalz. Weitgehende Kostendeckung wird berichtet aus Hessen, Niedersachsen und Saarland.

In den neuen Bundesländern sind die Vergütungsregelungen noch nicht abschließend und flächendeckend getroffen worden (Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen). Abgeschlossen sind die Ermächtigungs- und Vergütungsregelungen in Berlin-Ost und Mecklenburg-Vorpommern durch kostendeckende Finanzierungsverträge.

Unterdeckungen ergeben sich beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Hamburg. Als Ursachen werden vor allem streitige Vergütungsregelungen angegeben. Dabei geht es insbesondere um die Leistungen, für die sich die gesetzliche Krankenversicherung als nicht kostenzuständig erklärt.

III. Der Gemeindepsychiatrische Verbund/Hilfen in Kreisen und Städten

1. Unterstützt die Bundesregierung die Empfehlung der Expertenkommission, außerhalb des stationären Krankenhausbereiches für jede Versorgungsregion von jeweils 100 000 bis 150 000 Einwohnern einen gemeindepsychiatrischen Verbund zu bilden, bestehend aus aufsuchend ambulanten Dienst, Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätte?
Wenn ja, mit welchen Maßnahmen?

Die Bundesregierung unterstützt den Vernetzungsgedanken, der dem gemeindepsychiatrischen Verbund zugrunde liegt, wobei eine Festschreibung, welcher institutionelle Einrichtungstyp Anknüpfungspunkt bestimmter funktionaler Versorgungseinheiten zu sein hat, nicht erfolgen kann und auf den regionalen Gegebenheiten aufbauen muß. Die Verantwortung und die Eigenständigkeit der Leistungserbringer und -träger kann und muß trotz der gebotenen Kooperation unangetastet bleiben. Der Vernetzungsgedanke war und ist weiterhin entsprechend der bereits in der Psychiatrie-Enquête von 1975 formulierten Prinzipien gemeindenaher psychiatrischer Versorgung ein Schwerpunkt der Bundesmodellförderung. Insbesondere steht bei der Förderung von Modellregionen und Einzelmodellen in den neuen Bundesländern der Aufbau eines gemeindeintegrierten Netzes ambulanter und komplementärer Dienste im Vordergrund.

2. In welchen Regionen ist ein solcher gemeindepsychiatrischer Verbund gebildet worden, in welchen Versorgungsregionen bestehen Defizite, und wenn ja, warum?

Obwohl nicht alle Bundesländer zur Frage Stellung genommen haben, ist davon auszugehen, daß bundes-

weit ambulante und komplementäre Versorgungsstrukturen auf der Ebene der Kreise, kreisfreien Städte und Landkreise geschaffen worden sind.

Während in den alten Bundesländern ein mehr oder minder dichtes Netz von Sozialpsychiatrischen Diensten geschaffen wurde, sind Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, Tagesstätten und Betreute Wohnformen nur in regional unterschiedlicher Ausprägung etabliert worden. Die Ausgestaltung liegt in der politischen Verantwortung und so auch in der Entscheidung der Kommunen und Länder.

Auf die Problematik wurde eingehend in Antwort zu Frage C. I. 2.3. eingegangen.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

In Mecklenburg-Vorpommern:

gibt es erste Anfänge, solche Strukturen aufzubauen.

Brandenburg:

Es sollen gemeindepsychiatrische oder ähnliche Verbundsysteme für die Versorgung psychisch Kranker in allen Regionen des Landes aufgebaut werden.

Sachsen-Anhalt:

Es ist vorgesehen, einen gemeindepsychiatrischen Verbund für die Region Süd Sachsen-Anhalt (insgesamt fünf Landkreise) zu bilden, da hier die psychiatrische Versorgung von Einrichtungen, die außerhalb von Sachsen-Anhalt liegen, wahrgenommen werden. Weiterhin ist ein gemeindepsychiatrischer Verbund für den Harz geplant (Kreise Wernigerode, Halberstadt und Quedlinburg), dessen Realisierung aber von der anstehenden Gebietsreform abhängig ist, sowie für den Kreis Haldensleben unter Einbezug von Teilen der Landeshauptstadt Magdeburg.

Berlin:

In Berlin bestehen Institutsambulanzen an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und an psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, die einen Vollversorgungsauftrag für eine Region wahrnehmen.

Explizite institutionale Zusammenschlüsse zu gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen gibt es im Bereich Berlin bisher nicht. Die Bausteine Sozialpsychiatrischer Dienst, Einrichtungen mit Kontaktstellen und Tagesstättenfunktion sowie Betreute Wohnformen sind jedoch in allen westlichen und zum Teil östlichen Bezirken vorhanden. In einigen Bezirken gibt es seit Veröffentlichung der Psychiatrieplanung 1992, die die gemeindepsychiatrische Verbundlösung ausdrücklich favorisiert, erste konzeptionelle Überlegungen in diese Richtung.

Sachsen:

Es bestehen vier gemeindenahe psychiatrische Verbände, die aber noch nicht dem Konzept der Expertenkommission der Bundesregierung entsprechen.

Hamburg:

Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund ist nicht gebildet worden. Die historische Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Hamburg und die Bedingungen des Stadtstaates haben andere Entwicklungsschritte möglich und notwendig gemacht.

Bremen:

Die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erfolgte in sechs Regionen von Bremen/Bremerhaven. Die Sozialpsychiatrischen Dienst haben keine Behandlungsermächtigung.

Schleswig-Holstein:

Aufsuchende ambulante Dienste und Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion gibt es in allen Kreisen und kreisfreien Städten. Tagesstätten sind dagegen noch nicht in allen Regionen vorhanden.

Nordrhein-Westfalen:

Sozialpsychiatrische Zentren, als am Gemeindepsychiatrischen Verbund orientierte Institutionen, sind schrittweise bis heute in fast allen Gebietskörperschaften des Rheinlandes aufgebaut worden.

Rheinland-Pfalz:

Im Landkreis Südliche Weinstraße und in der Stadt Landau wird derzeit im Rahmen des Modellprojektes „gemeindeintegrierte Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter“, das vom Bundesministerium für Gesundheit zu zwei Drittel innerhalb des Modellverbundes „Psychiatrie“ mitfinanziert wird, versucht, ausgehend von der Pfalzklinte Landeck einen Gemeindepsychiatrischen Verbund aufzubauen. In den übrigen Städten und Landkreisen in Rheinland-Pfalz gibt es bisher noch keinen Versuch, einen solchen Verbund aufzubauen. In einigen Landkreisen gibt es erste Ansätze, Arbeitskreise für Psychiatrie im Sinne von Psychiatriebeiräten einzurichten, um die Gemeindepsychiatrie weiterzuentwickeln.

Saarland:

Es existiert ein dem „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ ähnlich konzipiertes System.

Baden-Württemberg:

Im Zusammenhang mit der Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste wurden landesweit Psychiatrie-Arbeitskreise auf Kreisebene gebildet. Die Zusammensetzung ist weitgehend identisch mit dem von der Expertenkommission der Bundesregierung vorgeschlagenen Beirat.

Diese Psychiatrie-Arbeitskreise unterstützen die kommunale Ebene bei der kommunalen Sozialplanung auf dem Gebiet der Psychiatrie. Zugleich stellen sie ein Kooperations- und Koordinationsgremium für die Aufgaben-, Maßnahmen- und Finanzierungsträger dar. Inwieweit darüber hinaus die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erforderlich ist, ist derzeit Gegenstand von Beratungen im Landesarbeitskreis

Psychiatrie, der als Beratungsgremium der Landesregierung Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Betreuung ausspricht.

Bayern:

Die Psychiatrieplanung ging davon aus, daß Planungseinheiten die gewachsenen Verwaltungsstrukturen sein sollen, da dort die Planungs-, Entscheidungs- und Finanzierungskompetenzen für die Versorgung psychisch Kranker liegen. Bei der Schaffung neuer Einheiten von Versorgungsregionen von jeweils 100 000 bis 150 000 Einwohner i. S. der Empfehlung der Expertenkommission wird die Gefahr gesehen, daß weitere Zuständigkeitskonflikte zwischen den jeweils verantwortlichen Gebietskörperschaften entstehen.

Aus den genannten Gründen sind in Bayern Gemeindepsychiatrische Verbände nicht entstanden. Defizite bestehen nach Auffassung der Landesregierung nicht, weil die auf Grund des Psychiatrieplans gebildeten Planungs- und Koordinierungsausschüsse bei den Bezirken die erforderlichen Planungen in Angriff genommen haben.

3. Wo stehen leistungsrechtliche und organisatorische Schwierigkeiten des gegliederten Sozialleistungssystems im Wege?
4. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung?

In der Versorgung psychiatrischer Erkrankungen sind neben den medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen auch soziale Hilfen, insbesondere für chronisch psychisch Kranke, in den Bereichen Familie/Wohnen/Arbeit/Freizeit häufig gleichzeitig erforderlich und sowohl inhaltlich als auch institutionell nicht immer voneinander zu trennen. In unserem gegliederten System der sozialen Sicherung sind für unterschiedliche Leistungen die verschiedenen Leistungsträger zuständig. Trotz der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken ist das an sich gut ausgebaute gegliederte System der sozialen Sicherung traditionell an den Bedürfnissen somatisch Kranker orientiert. Hier hat sich aber Entscheidendes geändert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheint es als vorrangig, daß von Seiten der Sozialversicherungsträger die im Sozialrecht verankerten Ansprüche der Betroffenen verantwortungsvoll ausgeschöpft werden.

Eine ebenso wichtige Voraussetzung für das Funktionieren eines Versorgungsnetzes, an dem unterschiedliche Leistungsträger und -erbringer beteiligt sind, ist die Kooperation und Koordination. Der Gesetzgeber hat die verschiedenen Leistungsträger verpflichtet, bei der Durchführung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Sie sollen gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben (§ 86 ff. SGB X), die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt

werden (§ 95 SGB X). Nach § 10 Abs. 2 und 3 BSHG sollen die Träger der Sozialhilfe mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten und dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben wahren (Verweis auf Antwort zur Frage C. I. 1. bis 3.).

5. In welchen Bundesländern wurden Koordinatorenstellen in den Kommunalverwaltungen, wie sie die Experten vorgeschlagen haben, eingerichtet?

Welche Erfahrungen wurden gesammelt?

Im Bundesmodellprogramm „Psychiatrie“ (1980 bis 1985) hat sich die Trias aus Dezernent, Koordinator und Beirat im Prinzip als wirkungsvolles Instrument bei der regionalen Psychiatrieplanung und Umsetzung bewährt.

Im Zusammenhang mit der Durchführung des Modellprogramms des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen werden auch Koordinatorenstellen in einzelnen Kommunalverwaltungen eingerichtet. Diese Koordinatorenstellen haben Vorbildfunktion für die künftige Pflegepraxis nach Einführung einer Pflegeversicherung. Da die Standorte noch nicht feststehen, können zur Zeit keine näheren Einzelheiten mitgeteilt werden.

Die vorliegenden Erfahrungen sind noch nicht verallgemeinerungsfähig, da das System weder flächendeckend noch ausreichend lange besteht.

Es wird jedoch von den Ländern, in denen es eingeführt worden ist, im Sinne der Aufgabenstellung der Psychiatrieplanung und der Vernetzung und Koordination bei der Umsetzung als positiv bewertet.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die Koordination der medizinischen Angebote zur Versorgung psychisch Kranker in den verschiedenen Landesbereichen im großen und ganzen als ausreichend an. Probleme werden nur bei einer unzureichenden Abstimmung der medizinischen und außermedizinischen Versorgungsangebote bei fehlenden Einrichtungen im Umfeld der medizinischen Versorgung sowie auf Grund einer unzureichenden Definition und Beschreibung der Leistungsangebote einzelner Einrichtungen und Dienste gesehen.

In Anbetracht der komplexen Bedarfslage gerade der chronisch psychisch Kranken ist daher eine jeweils isolierte sektorale Planung und Finanzierung von Versorgungsangeboten auch nach Auffassung der Träger der Krankenversicherung problematisch.

In verschiedenen Landesbereichen haben die Krankenkassen deshalb die Gründung von regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften unterstützt, um bestehende Informationsdefizite und Defizite in der Ausgestaltung der Leistungsangebote zu beheben.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es eine Koordinatorenstelle in Stralsund. In Schwerin, Neubrandenburg und Rostock sollen in Kürze welche eingerichtet werden.

Brandenburg:

Im Rahmen des Landesprogrammes „Aufbruch Psychiatrie“ wird die Einrichtung von Koordinatorenstellen in allen Kreisen und kreisfreien Städten gefördert.

Sachsen-Anhalt:

Da durch die anstehende Gebietsreform z. T. gravierende Veränderungen der kommunalen Verwaltungsstrukturen zu erwarten sind, wurden bisher noch keine Koordinierungsstellen in den Kommunalverwaltungen eingerichtet.

Berlin:

Im Westteil der Stadt gab es zunächst in zwei, jetzt in drei Bezirken Koordinationsstellen beim Bezirksamt, unmittelbar zugeordnet dem Gesundheitsdezernenten (Bezirksstadtrat für Gesundheit), in den übrigen Westberliner Bezirken sind zum Teil Koordinierungsgremien als Arbeitsgruppen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft gebildet worden. Die östlichen Bezirke Berlins haben im Zuge des Aufbaus des öffentlichen Gesundheitsdienstes – allerdings bisher befristet bis 1995 – eine Koordinatorenstelle für die psychosoziale Versorgung erhalten. Diese Koordinationsstellen konnten noch nicht in allen Bezirken besetzt werden. Sie werden zum Teil für die Organisation und Koordination der psychiatrischen Versorgung deshalb noch nicht eingesetzt, da grundsätzliche Probleme beim Aufbau des bezirklichen Gesundheitsamtes, häufig kompliziert durch die Abwicklung poliklinischer Einrichtungen, in den Bezirken als vorrangig lösungsbedürftig scheinen. Soweit Erfahrungen mit bezirklichen Psychiatriekoordinatoren bislang vorliegen, werden diese äußerst positiv beurteilt, da mit ihnen ein kontinuierlicher Ansprechpartner im Bezirk für die Umsetzung der Planungsvorstellung zur Verfügung steht, der Entwicklungen vor Ort auch deshalb besser vorantreiben kann, da er die Möglichkeit (Befugnis) hat, auf alle Bereiche der Bezirksverwaltung einzuwirken.

In Sachsen besteht eine Koordinatorenstelle in Leipzig.

Bremen:

In der Stadtgemeinde Bremen wird mit positiven Erfahrungen die Koordination durch die Referate für Psychiatrie und psychosoziale Rehabilitation beim Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales und in der Stadtgemeinde Bremerhaven beim Magistrat mit positiver Erfahrung wahrgenommen.

In Schleswig-Holstein sind in Kiel und einem Landkreis (Dithmarschen) Stellen für Koordinatoren mit finanzieller Hilfe des Landes geschaffen worden. Erfahrungsberichte liegen jedoch noch nicht vor.

In Nordrhein-Westfalen hat eine Modellförderung des Landes zu nahezu flächendeckenden Koordinatorenstellen (47 von 54 Kommunen) beigetragen.

Im Saarland bestehen in allen Landkreisen Psychiatriebeiräte weitgehend unter Geschäftsführung des Sozialdezernenten. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen leisten sie einen Beitrag bei der Vernetzung und Koordinierung der vielfältigen Angebote. Sie bilden wichtige Gremien bei der Planung und dem Aufbau einer bedarfsgerechten gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung. Die Beiräte haben im wesentlichen Maße dazu beigetragen, daß in relativ kurzer Zeit eine große Anzahl außerklinischer Dienste und Einrichtungen entstanden ist.

In Baden-Württemberg ist bisher noch keine landesweite Einrichtung von Koordinatorenstellen auf kommunaler Ebene erfolgt. Dem Sozialministerium ist bekannt, daß es entsprechende Bestrebungen gibt und in einem Landkreis bereits eine Koordinatorenstelle eingerichtet wurde.

In Bayern wurden Koordinatorenstellen in den Kommunalverwaltungen, wie sie die Experten vorschlagen, aus den in Antwort zu Frage C. III. 1. dargestellten Gründen nicht eingerichtet. Die Koordinierungsaufgaben nehmen in Bayern die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wahr, die auf Stadt- und Landkreisebene eingerichtet wurden. Überregional werden die Planungs- und Koordinierungsaufgaben von den Planungs- und Koordinierungsausschüssen bei den Bezirken wahrgenommen.

Die Erfahrungen mit diesen Ausschüssen werden insgesamt als positiv bewertet, da sich vielfältige neue Initiativen ergeben, die zur Verbesserung der Situation der psychisch Kranken beitragen.

6. Welche kommunalen Gebietskörperschaften haben Entwicklungspläne zum Ausbau der Gemeindepsychiatrie auf den Weg gebracht?

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Brandenburg:

Entwicklungspläne zum Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie liegen noch nicht vor. Das dringlichste Anliegen vieler Kreise ist, überhaupt die Anfänge einer gemeindenahen Infrastruktur nach den Orientierungsrichtlinien der Experten-Empfehlungen und vor dem Hintergrund der im Land Brandenburg spezifischen Traditionen auf den Weg zu bringen. Spezielle Pläne zu entwickeln, wird ein zweiter Schritt sein, den das Land unterstützen wird.

Sachsen-Anhalt:

In Halle wurde ein Entwicklungsplan zum Ausbau der Gemeindepsychiatrie aufgestellt. Weiterhin haben drei Harzkreise Entwicklungspläne in Vorbereitung.

Berlin:

Der 1992 fertiggestellte neue Psychiatrieplan für Berlin 1. Teil – Strukturelle Rahmenplanung – befindet sich z. Z. in parlamentarischer Beratung. Sein vorrangiges Ziel ist die Verlagerung der Verantwortung für die psychisch kranken Bürger auf die Bezirke. Die Übernahme dieser Verantwortung bis hin zur Finanzhoheit der Bezirke setzt jedoch auch eine Verwaltungsreform voraus. Es ist vorgesehen, diese Rahmenplanung durch weitere Teile fortzuschreiben, die insbesondere konkrete Enthospitalisierungsprogramme, die Festlegung von Basisversorgungsmaßstäben und die darin zu messenden bezirklichen Ausstattungen sowie deren weitere Finanzierung beinhalten sollen.

Sachsen:

In 20 kommunalen Gebietskörperschaften sind Entwicklungspläne aufgestellt worden.

Bremen:

Die Stadtgemeinde Bremen hat den Ausbau der psychiatrischen Versorgung durch Entwicklungspläne/Teilkonzepte in den vergangenen Jahren auf den Weg gebracht. In der Stadtgemeinde Bremerhaven findet eine prozeßorientierte Planung der psychiatrischen Versorgung statt.

Schleswig-Holstein:

Etwa zwei Drittel der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein haben inzwischen Entwicklungspläne vorgelegt.

Nordrhein-Westfalen:

Im Rheinland hat der kleinere Teil der Gebietskörperschaften Gesamtversorgungspläne für eine Gemeindepsychiatrie im Sinne einer kommunalpolitischen Beschlußfassung aufgestellt. Allerdings verfügen die meisten Regionen über eine – in der Regel von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) unter Federführung des Gesundheitsamtes ausgearbeitete – Psychiatrie-Planung, die auch ohne formelle Beschlußfassung eine Grundlage für die Weiterentwicklung bildet.

Mit Erlaß vom 16. April 1992 wurden die Kommunen im Rheinland im Rahmen der Durchführung des Koordinatorenprogramms des Landes aufgefordert, Psychiatriepläne zu erstellen bzw. vorhandene Psychiatriepläne zu überarbeiten. Die Rückmeldungen liegen noch nicht vollständig vor.

Baden-Württemberg:

Die Entscheidung, inwieweit Entwicklungspläne auf dem Gebiet der gemeindepsychiatrischen Versorgung erforderlich sind, werden jeweils vor Ort im Einzelfall unter Beteiligung der Psychiatrie-Arbeitskreise entschieden, unter Berücksichtigung der bestehenden regionalen Kooperations- und Koordinationsbeziehungen.

Bayern:

In allen Bezirken werden von den Planungs- und Koordinierungsausschüssen Entwicklungspläne zum Ausbau der Gemeindepsychiatrie auf den Weg gebracht. Diese Psychiatriepläne sind z. Z. noch nicht fertiggestellt.

7. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, damit die Kostenträger in die Lage versetzt werden, daß sie die wachsenden Aufgaben in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung erfüllen können?

Soweit die kassenärztliche Versorgung angesprochen ist, sind alle gesetzlichen Vorkehrungen getroffen, um eine Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu gewährleisten.

Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, die ambulante psychiatrische Versorgung sicherzustellen.

Im Sozialgesetzbuch I, X und im Bundessozialhilfegesetz sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Leistungsträger festgelegt. Im Hinblick auf die Verpflichtung der Leistungsträger zur Zusammenarbeit erscheint es geboten, daß sich diese bereits an den regionalen Planungs- und Koordinationsprozessen beteiligen. Die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission stellt in ihrem Empfehlungsbericht zur Reform der psychiatrischen Versorgung hierfür das Instrument der Beiräte auf kommunaler Ebene heraus (Verweis auf Antwort zu Fragen C. I. 1. bis 3. und C. III. 3., 4., 8.).

8. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um das Kompetenzgewirr bei dem Zusammenwirken von örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern im Sinne einer effizienten Organisation zu überwinden?

Die Verpflichtung der verschiedenen Leistungsträger zur Zusammenarbeit ist gesetzlich vorgesehen. In § 17 SGB I werden mit einer Generalklausel die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell geboten werden. Der Gesetzgeber verpflichtet im SGB X (§ 86 ff., §§ 94, 95) und Bundessozialhilfegesetz (§ 10 Abs. 2 und 3) die verschiedenen Leistungsträger, bei der Durchführung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten und u. a. bereits durch die Zusammenarbeit in Arbeitsgemeinschaften eine bedarfsgerechte und bedarfsdeckende Planung und Einrichtung von sozialen Diensten zu erstellen. Das BSHG enthält darüber hinaus noch spezielle Regelungen zur Beratung und Sicherung einer gleichmäßigen oder gemeinsamen Durchführung von Maßnahmen in Arbeitsgemeinschaften (§ 95), zur Aufstellung eines Gesamtplanes bei der Eingliederungshilfe (§ 46) und zur Beteiligung sozial erfahrener Personen beim Erlaß allgemeiner Verwaltungsvorschriften (§ 114).

Die sachliche Zuständigkeit von örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern ist in §§ 99 und 100 BSHG eindeutig geregelt. Soweit Zweifelsfragen bestanden, sind diese durch Rechtsprechung und Entscheidungen der Spruchstellen geklärt. Die Länder können nach § 100 Abs. 1 BSHG die sachliche Zuständigkeit abweichend vom Bundesrecht regeln und über Ausführungsgesetze für den Bereich der Sozialhilfe konkrete Festlegungen für die Pflicht der Kostentragung, insbesondere im ambulanten Bereich treffen. Wegen der bestehenden unterschiedlichen Länderregelungen in der Zuständigkeit von örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, kann dies nur durch die Länder erfolgen.

9. In welchen Regionen wurden freie Träger in die ambulante Pflichtversorgung psychisch Kranker einbezogen?

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

In Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen sind z. Z. noch keine freien Träger in die ambulante Pflichtversorgung einbezogen.

In Brandenburg ist es erklärtes Ziel, in möglichst allen Regionen eine abgestimmte und koordinierte Vollversorgung unter Einbeziehung auch der freien Träger zu schaffen.

Berlin:

In einigen Bezirken Berlins – davon einem im Ostteil – wird versucht, freie Träger mit Hilfe von Kooperationsverträgen in die Pflichtversorgung psychisch Kranker einzubeziehen. Diese Beteiligung an der Vollversorgung bezieht sich z. B. auf die Gestaltung von Krisendiensten/Psychiatrischen Notfalldiensten und z. T. auf tagesstrukturierende Angebote sowie auf den Wohnbereich.

Derartige Kooperationsverträge haben jedoch z. Z. den Charakter einer freiwilligen Selbstbindung; weder der freie Träger auf der einen noch der Bezirk als Partner auf der anderen Seite können einklagbare Rechtsansprüche daraus ableiten, da das bestehende Finanzierungssystem wesentlich auf Individualansprüche der Patienten ausgerichtet ist und damit etwa der Bezirk einem freien Träger keine Kostenübernahmegarantie für einen z. B. vorübergehend freien Platz in einer Einrichtung geben kann. Dennoch sind derartige Kooperationsverträge der erste Schritt in einem Bezirk, auch freie Träger in die Pflichtversorgung im ambulanten/komplementären Bereich einzubinden, zumal derartige Kooperationsverträge alle Partner zwingen, eng zusammenzuarbeiten.

Bremen:

Im Land Bremen werden freie Träger in jeder Region in die ambulante Versorgung psychisch Kranker einbezogen (z. B. Betreutes Wohnen, Heime, Tagesstrukturierung). Verträge zur Übernahme von Versorgungspflichtung durch die Träger der freien Wohlfahrtspflege sind in Vorbereitung.

In Nordrhein-Westfalen existiert keine ambulante Pflichtversorgung freier Träger.

In allen Regionen des Rheinlandes sind freie Träger in die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mit einbezogen, jedoch kann von einer „Pflichtversorgung“ im rechtlichen Sinn mangels einer gesetzlichen Regelung nicht gesprochen werden. In einigen Regionen wird die ambulante/komplementäre Versorgung weitestgehend vollständig von freien Trägern übernommen, die sich auch im Sinne einer Selbstbindung für die Versorgung aller Gruppen von psychisch Kranken/Behinderten zuständig erklärt haben.

Rheinland-Pfalz:

Bisher wurden keine freien Träger in die ambulante Pflichtversorgung einbezogen.

Im Saarland sind verschiedene Träger der Freien Wohlfahrtspflege in die ambulante Pflichtversorgung für bestimmte Regionen eingebunden, beispielsweise im Bereich ambulanten betreuten Wohnens oder Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion.

Baden-Württemberg:

In Baden-Württemberg besteht keine ambulante Pflichtversorgung (freier Träger) für psychisch Kranke.

Bayern:

Freie Träger sind nicht in die ambulante Pflichtversorgung psychisch Kranker einbezogen. Die staatlich geförderten Sozialpsychiatrischen Dienste und Suchtberatungsstellen haben die Aufgabe, sich der Klientel in ihrem Einzugsbereich anzunehmen.

10. In welchen Regionen wurden die Träger ambulanter Pflegedienste (Sozialstationen) von den Krankenversicherungsträgern personell und finanziell in die Lage versetzt, eine fachlich qualifizierte häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke anzubieten?

Im Rahmen ihrer Leistungspflicht obliegt es den Krankenkassen, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch psychisch kranken Versicherten uneingeschränkt zur Verfügung zu stellen. Zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört auch häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. Nach § 132 Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen zur Gewährung häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen oder – was die Regel ist – andere dafür geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nehmen. In diesem Fall haben sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge zu schließen.

Die konkrete Auswahl der in Anspruch genommenen Träger ambulanter Pflegedienste steht im Ermessen der Krankenkassen. Diese müssen aber nach § 132 Abs. 2 SGB V bei der Auswahl der Leistungserbringer deren Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung tragen und darauf achten,

daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden.

Nach Auskunft der Krankenkassen liegen teilweise Vereinbarungen über die Erbringung häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke vor, teilweise wird noch unter den Leistungserbringern verhandelt, wer die Aufgaben übernehmen soll, z. B. Sozialstationen oder andere Einrichtungen.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Die ambulanten Pflegedienste können zur Zeit nur existieren, da das Personal zum Teil über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen finanziert wird. Inzwischen wurden mit den Kassen neue, wesentlich günstigere Pflegesätze für Betreuungsleistungen ausgehandelt, die eine bessere Finanzierungsgrundlage bilden. Die häusliche Pflege für psychisch Kranke sind Betreuungsleistungen der allgemeinen Krankenpflege.

Brandenburg:

Die im Aufbau befindlichen ambulanten Pflegedienste sind in ihrer Mehrzahl noch nicht in der Lage, sich neben ihren allgemeinpflegerischen Aufgaben auch speziell auf die qualifizierte häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke zu konzentrieren.

Sachsen-Anhalt:

Im Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt existieren zu dieser Fragestellung derzeit keine Angaben.

Hamburg:

Zu dem Personenkreis, der von sämtlichen 41 Hamburger Sozialstationen mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege versorgt wird, gehören auch psychisch auffällige Personen. Die Krankenversicherungsträger haben von sich aus keine darüber hinausgehenden Maßnahmen ergriffen, um Sozialstationen personell und finanziell zu einer qualifizierten häuslichen Krankenpflege psychisch Kranker zu befähigen. Die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales prüft derzeit den Einsatz psychiatrischer Fachpflegekräfte in den Sozialstationen, um psychisch auffällige Pflegebedürftige gezielter versorgen zu können, und wird anschließend Gespräche mit den Krankenversicherungsträgern über die Finanzierung entsprechender Maßnahmen aufnehmen.

Bremen:

Im Land Bremen besteht keine ausreichend fachlich qualifizierte häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke, die über das SGB V (§ 37 oder 53) finanziert wird.

Schleswig-Holstein:

Bisher ist es nur in einem Einzelfall (Kreis Rendsburg-Eckernförde) gelungen, die Krankenkassen an den Kosten der ambulanten Pflegedienste zumindest mit einem Zuschuß zu beteiligen.

In Nordrhein-Westfalen werden zum Stichtag 31. Dezember 1992 in 30 Sozialstationen 63 für häusliche Krankenpflege psychisch Kranker besonders qualifizierter Kräfte mit Landesmitteln gefördert.

Die Krankenkassen beteiligen sich in personeller Hinsicht nicht. Die finanzielle Unterstützung dieser Dienste durch die Krankenkassen ist noch sehr gering; die örtlich angebotenen Leistungsvergütungen sind nicht annähernd kostendeckend.

Im Rheinland konnte erst in einzelnen Fällen zwischen den Trägern der Sozialstationen und den Krankenversicherungen ein Abschluß über die Finanzierung ambulanter psychiatrischer Krankenpflege erzielt werden. Inzwischen wird von den Krankenkassen die grundsätzliche Leistungspflicht anerkannt, jedoch wurde noch keine kostendeckende Finanzierungsregelung ausgehandelt.

Rheinland-Pfalz:

Im Landkreis Trier-Saarburg wird zur Zeit im Rahmen eines Modells, das gemeinschaftlich vom Land, der Kommune und dem Träger finanziert wird, die ambulante psychiatrische Pflege durch eine Sozialstation erprobt. Die Verhandlungen mit den Krankenversicherungsträgern über deren Finanzierungsbeitrag im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und die Abrechnungsmodalitäten werden derzeit geführt.

Saarland:

Zur Zeit wird zwischen der Liga und den Verbänden der Krankenkassen geprüft, inwieweit die ambulante psychiatrische Pflege in einem neuen Rahmenvertrag nach § 132 SGB V berücksichtigt werden kann.

Baden-Württemberg:

Die Sozialstationen versorgen im Rahmen ihrer Aufgabenzuständigkeiten auch psychisch Kranke. Speziell auf den Bedarf psychisch Kranker abgestimmte Angebote halten die Sozialstationen aber nicht bereit. Sie verfügen über keine Psychiatriefachkräfte.

Bayern:

Derzeit finden Verhandlungen zwischen den Krankenkassenverbänden und dem Sozialministerium über die Frage statt, inwieweit die Krankenkassen die speziellen Bedürfnisse psychisch Kranker im Hinblick auf eine fachlich qualifizierte häusliche Krankenpflege abdecken können. Die Krankenkassen haben ihre grundsätzliche Bereitschaft erklärt; konkrete Ergebnisse konnten aber noch nicht erzielt werden.

11. Ist der Bundesregierung bekannt, wo und in welchem Umfang die Krankenkassen sich an der Finanzierung ärztlich geleiteter Sozialpsychiatrischer Dienste beteiligen?

Nach Auskunft der Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen sich die Krankenkassen nur dort an der

Finanzierung ärztlich geleiteter Sozialpsychiatrischer Dienste, soweit eine Heilbehandlung stattfindet.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen beteiligen sich die Krankenkassen nicht an der Finanzierung Sozialpsychiatrischer Dienste.

Sachsen-Anhalt:

Nach den Erhebungen im Jahre 1991 existieren 40 vorläufige Sozialpsychiatrische Dienste. Zur Zeit laufen die Genehmigungsverfahren auf Anerkennung der Sozialpsychiatrischen Dienste entsprechend dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) des Landes Sachsen-Anhalt. Bisher ist nur ein Sozialpsychiatrischer Dienst zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen.

Rheinland-Pfalz:

Die Krankenkassen beteiligen sich nicht an der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste. Zur Zeit gibt es an fünf Schwerpunktgesundheitsämtern derartige Fachdienste mit gebietsärztlicher Leitung. Im Zusammenhang mit einem in Vorbereitung befindlichen Landesgesetz für psychisch kranke Personen ist der flächendeckende Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste vorgesehen. Ob dabei eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen erreicht werden kann, ist momentan noch offen.

Baden-Württemberg:

Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an der Finanzierung der grundsätzlich nicht ärztlich geleiteten Sozialpsychiatrischen Dienste. Im Gegenzug dazu wurden keine psychiatrischen Institutsambulanzen zugelassen.

Bayern:

Ärztlich geleitete Sozialpsychiatrische Dienste sind nicht vorhanden. Derzeit finden Verhandlungen zwischen dem Sozialministerium und den Krankenkassenverbänden bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich der Zusammenarbeit und einer Beteiligung an der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste und der besseren Kooperation zu den niedergelassenen Ärzten statt. Auch hier haben die Gesprächspartner grundsätzlich Entgegenkommen signalisiert.

12. In welchen Regionen gibt es psychiatrische Notfalldienste rund um die Uhr – wie die Experten und vor allem die Angehörigen sie fordern?

Welche Schwierigkeiten bei Aufbau und Finanzierung gibt es?

Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, diese zu beseitigen?

In allen Bundesländern existieren psychiatrische Notfalldienste an Fach- und Sonderkrankenhäusern und an Allgemeinkrankenhäusern.

Für den ambulanten Bereich im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung wird diese Versorgung durch den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen abgedeckt. In den meisten Regionen gibt es psychiatrische Notfalldienste rund um die Uhr. In einzelnen Länder- bzw. KV-Bereichen existieren jedoch keine psychiatrischen Notfalldienste der niedergelassenen Ärzte, da regionale Angebote (z. B. in Schleswig-Holstein, Trier, Baden-Württemberg und Berlin) so wenig genutzt wurden, daß ein entsprechender Dienst wieder reduziert bzw. auf die entsprechenden Fachkrankenhäuser beschränkt wurde.

Vielfach wird von Betroffenen ein Krisendienst gefordert, der weit über das derzeitige Angebot des psychiatrischen Notfalldienstes hinausgeht und z. B. Krisenbetten in „reizarmer Umgebung“ als notwendig ansieht. Hierzu liegen jedoch noch keine Konzepte, die Aufgabenspektrum, Benutzerkreis sowie organisatorische und vor allem rechtliche Grundlagen definieren, vor.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

In Mecklenburg-Vorpommern sind in zwölf Kreisen psychiatrische Notfalldienste rund um die Uhr vorhanden. In Rostock wird derzeit ein weiterer Notfalldienst aufgebaut.

Schwierigkeiten existieren bei der Finanzierung und der personellen Absicherung.

Brandenburg:

Das Land hat zum Ziel, in allen Regionen den Aufbau psychiatrischer Notfalldienste rund um die Uhr zu fördern. Dies kann aber sinnvoll und dauerhaft erst nach der eingeleiteten Gebietsreform umgesetzt werden.

Sachsen-Anhalt:

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt wurde darauf hingewiesen, daß die Sicherstellung der psychiatrischen ambulanten Versorgung rund um die Uhr und auch des ärztlichen Notdienstes durch 58 niedergelassene und zwölf ermächtigte Ärzte sichergestellt ist.

In Berlin existieren z. Z. unabhängig von dem nach dem PsychKG erforderlichen Wochenendbereitschaftsdienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Antragstellung für Zwangseinweisungen vier Krisen-/psychiatrische Notfalldienste, die nach unterschiedlichen Konzepten arbeiten. Einer dieser Dienste ist im Ostteil der Stadt und hat sich aus dem sogenannten „Telefon des Vertrauens“ im Bezirk Mitte entwickelt. Er arbeitet noch überregional, wird jedoch künftig als Krisendienst lediglich für drei benachbarte östliche Bezirke zuständig sein. Die drei anderen Dienste bestehen im Westteil der Stadt, zwei dieser Dienste sind mangels geeigneter leistungsrechtlicher Regelungen voll auf Zuwendungen aus dem Landeshaushalt angewiesen.

Die Kassenvereinigung Berlin – hier insbesondere die niedergelassenen Nervenärzte – halten einen speziellen psychiatrischen Notfalldienst im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nicht für notwendig.

Sachsen

In 10 % der Gebietskörperschaften gibt es einen Notfalldienst rund um die Uhr.

In Hamburg steht rund um die Uhr ein/eine in der Psychiatrie erfahrener Arzt/Ärztin zur Verfügung, der/die im Rahmen eines Notfalldienstes erforderlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Hamburgischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten durchführt.

In Schleswig-Holstein wird der Einsatz psychiatrischer Notfalldienste (Rund-um-die-Uhr) angestrebt, konnte bisher jedoch noch nicht verwirklicht werden. Schwierigkeiten ergeben sich hier aus der mangelnden Bereitschaft der niedergelassenen Nervenärzte, am Notfalldienst teilzunehmen (Verweis an den allgemeinen ärztlichen Notdienst) und der fehlenden Behandlungsberechtigung der Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Nordrhein-Westfalen:

Psychiatrische Notfalldienste Rund-um-die-Uhr existieren im Rheinland praktisch nicht. Es hat verschiedentlich Versuche zum Aufbau derartiger Notfalldienste gegeben – zumindest auf der Basis von telefonischer Beratung –, die aber alle wieder eingestellt wurden.

Die genannten Versuche wurden alle auf der Basis freiwilliger Mitarbeiter von Beschäftigten in den Psychosozialen Diensten und Einrichtungen wie auch von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Als problematisch erweist sich sowohl bei den praktischen Erfahrungen mit Notfalldiensten wie auch bei den theoretischen Überlegungen zu ihrem Aufbau immer wieder die organisatorische Frage im Hinblick auf sichere Ansprechbarkeit, schnelle Einsatzmöglichkeit wie auch schnelle Weitermittlungsmöglichkeit im Falle akuten Hilfsbedarfs, der über die Grenze des Notfalls hinausgeht. Die – bei vollem Aufbau aufwendige – Finanzierung eines Notfalldienstes ist bisher ungeklärt.

Rheinland-Pfalz:

Im Rahmen des Modells im Landkreis Trier-Saarburg wurde über den Zeitraum von einem Jahr zur besseren Notfallversorgung ein gebietsärztlicher Hintergrunddienst an allen Tagen rund um die Uhr vorgehalten. Nach Ablauf eines Jahres wurde diese Modellkomponente eingestellt, weil dieser psychiatrische Notfalldienst nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen wurde. Aufwand und Nutzen standen in keinem angemessenen Verhältnis, insgesamt wurde die sog. psychiatrische Krisenintervention nicht wesentlich verbessert.

Saarland:

Im ambulanten Bereich wird die Krisenintervention bzw. Notfallpsychiatrie primär von den niedergelasse-

nen Nervenärzten und den Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken wahrgenommen. Des Weiteren zählen komplementäre Dienste im Saarland die Krisenintervention ebenfalls zu ihrem Tätigkeitspektrum. In einer Anzahl von Fällen sind die Hilfen vielfach mit Ordnungsaufgaben hoheitlicher Natur verbunden, so daß die Staatlichen Gesundheitsämter des Saarlandes ebenfalls mit notfallpsychiatrischen Aufgaben tangiert werden.

Weiterhin besteht für die Psychiatrischen Kliniken im Saarland eine Versorgungsverpflichtung. Darüber hinaus entstehen durch die bereits begonnene Dezentralisierung der klinisch-stationären Psychiatrie und die damit auch weitgehend verbundene räumliche Integration der klinisch-stationären Psychiatrie in die somatische Krankenhausversorgung bessere Voraussetzungen für die Krisenintervention und die Notfallversorgung psychisch kranker Menschen. Im Zusammenhang mit der bereits begonnenen Psychiatriereform ist an die Einrichtung spezieller psychiatrischer Notdienste bzw. Kriseninterventionszentren im Saarland nicht gedacht.

Bayern:

Die Kassenärztliche Vereinigung hat landesweit einen ärztlichen Notfalldienst eingerichtet. Diesem stehen Psychiater/Nervenärzte als Hintergrunddienst zur Verfügung, wenn die Kompetenz des Notarztes vor Ort bei psychiatrischen Erkrankungen nicht ausreicht.

Durch den Psychiatrieplan ist die Frage der Krisenversorgung psychisch Kranker erneut aktuell geworden. So wird in München über einen Krisendienst beraten, der rund um die Uhr erreichbar sein und in enger Zusammenarbeit mit Nervenärzten und Psychiatern arbeiten soll. Außerdem sollen Krisenbetten zur Verfügung gestellt werden.

Für suizidale Krisen arbeitet in München seit langem die „Arche“. In Regensburg widmet sich der Sozialpsychiatrische Dienst „Horizont“ dem gleichen Klientel. In Erlangen bietet die „Offene Tür Erlangen“ Krisenhilfe und Lebensmüdenbetreuung an. Diese Einrichtung ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst angegliedert. In Würzburg wird ein Sozialpsychiatrischer Dienst gefördert, der im Endausbau rund um die Uhr psychisch Kranken zur Verfügung steht. Eine Einbeziehung der niedergelassenen Nervenärzte zur Krisenversorgung in diesen Dienst ist bisher nicht gelungen.

Die Schwierigkeiten zum Aufbau entsprechender landesweiter Dienste liegen in erster Linie in der Finanzierung.

13. Wie viele Vereine für Angehörigen-, Bürger- und Selbsthilfe gibt es in der Bundesrepublik Deutschland?

Wie werden sie von Bund und Ländern gefördert?

Ist der Bund bereit, diese Initiativen verstärkt zu unterstützen, damit sie ihren Beitrag zur gesellschaftlichen Integration der psychisch Kranken angemessen erfüllen können?

Freiwillige und ehrenamtliche Hilfe wird nicht entlohnt; notwendige Sachaufwendungen der meist

regionalen Initiativen werden aus verschiedenen Quellen erstattet. Grundsätzlich ist die Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen und deren Initiative eine kommunale Aufgabe und muß in der regionalen Psychiatrieplanung Berücksichtigung finden.

Die Bundesregierung hat den Initiativen und Aktivitäten von Selbsthilfeorganisationen schon immer einen hohen Stellenwert in der psychiatrischen Versorgung beigemessen und Initiativen auf Bundesebene unterstützt.

Dem Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. sind bundesweit 184 Hilfsvereine, Gruppen und Initiativen angeschlossen. Er kooperiert darüber hinaus mit weiteren 450 Initiativen, Vereinen und Trägern im psychiatrischen Bereich.

Dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. gehören 200 Einzelmitglieder an und ca. 400 Gruppen und Vereine solidarisieren und beteiligen sich kooperativ an der Arbeit des Verbandes.

Die gemeinsame Geschäftsstelle des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. wird vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert. Darüber hinaus werden jährlich Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit für bundesweite Tagungen und Informationsveranstaltungen bereitgestellt.

Im Rahmen des Qualifizierungsprogrammes der Bundesregierung in den neuen Bundesländern werden ebenfalls Informationsveranstaltungen des Dachverbandes zum Aufbau von Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern gefördert.

Die Bundesregierung wird in diesem Sinne ihre Unterstützung für den wichtigen Bereich der Arbeit von Betroffenen- und Angehörigenverbänden der Selbsthilfe weiter fortsetzen.

Im SGB V wurde in den §§ 20, 67 neu festgelegt, daß mit den Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten auch die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen in Form von Aufklärungs- und Beratungstätigkeiten berücksichtigt werden können.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

Mecklenburg-Vorpommern:

Die Bildung von Angehörigen-, Bürger- und Selbsthilfegruppen bzw. Vereinen in dem Bereich der Psychiatrie entwickelt sich noch sehr zögerlich.

Erste Anfänge sind in Schwerin zu verzeichnen. So wurde mit Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine Angehörigengruppe gebildet.

Zwei Selbsthilfegruppen, die für psychisch kranke Menschen Ansprechpartner sind, bieten in Schwerin ihre Dienste an.

Sachsen-Anhalt:

Eine genaue Anzahl der Angehörigen-, Bürger- und Selbsthilfevereine im Bereich der Psychiatrie ist z. Z.

nicht anzugeben. Es ist aber erfreulich, daß, nachdem die Möglichkeit zur Bildung von Vereinen gegeben ist, derartige Selbsthilfevereine entstehen.

Im Haushaltsplan des Landes wurden für Selbsthilfegruppen für 1992 Mittel in Höhe von 500 000 DM bereitgestellt.

Berlin:

In Berlin gibt es einen Landesverband des Bundesverbandes für Angehörige psychisch Kranker, der jedoch im Land Berlin keine Förderung erhält. Gegründet hat sich eine Selbsthilfegruppe von Angehörigen von Demenzzkranken, die mit Zuwendungen aus dem Landshaushalt in Höhe von rund 2 000 DM jährlich unterstützt wird.

Hamburg:

Eine genaue Zahl der Angehörigen- und Selbsthilfegruppen kann nicht benannt werden. Angehörigengruppen sind sowohl an Sozialpsychiatrischen Diensten, Krankenhäusern, aber auch über den Verband Angehöriger psychisch Kranker, Landesverband Hamburg e.V. organisiert. In einer Broschüre Anfang 1981 wurden 27 Angehörigengruppen aufgezählt.

In Hamburg wird mit 600 000 DM jährlich ein Kontakt- und Informationszentrum Selbsthilfegruppen (KISS) gefördert. Dieses Kontaktzentrum berät Selbsthilfegruppen, fördert ihre Bildung und stellt Räumlichkeiten zur Verfügung. Die einzelnen Selbsthilfegruppen erhalten maximal 1 000 DM pro Gruppe und Jahr. Hierfür stehen 150 000 DM pro Jahr zur Verfügung, die von einem Gremium, besetzt mit Vertretern der Selbsthilfegruppen und der Bürgerschaft, verteilt werden. Eine genaue Anzahl der Selbsthilfegruppen psychisch Kranker kann nicht genannt werden, da bei der eben dargestellten Organisation nicht nach der Zielgruppe unterschieden wird.

Nordrhein-Westfalen:

Info- und Fortbildungsveranstaltungen des Landesverbandes der Angehörigen von psychisch Kranken werden von Landesseite gefördert.

Im Rheinland existieren ca. 80 Vereine von Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen.

Der Landschaftsverband Rheinland fördert die Aktivitäten dieser Vereine mit Zuschüssen und mit fachlicher Beratung.

In Westfalen-Lippe bestehen ca. 100 Laienhelfergruppen. Der Landschaftsverband unterstützt Laienhelfer auf verschiedene Weise. Die Gruppen werden von den Westfälischen Kliniken aus Mitteln des Krankenhausbudgets finanziell unterstützt. Die Mittelvergabe richtet sich nach den Förderungsrichtlinien des Landschaftsverbandes. Danach bekommen Laienhelfergruppen pro Klinik 8 000 DM im Jahr, Abstinenzlerverbände an Suchtkliniken 6 000 DM pro Jahr, Abstinenzlerverbände an den übrigen Westfälischen Kliniken 3 000 DM und Patientenclubs bis zu 5 500 DM pro Club/Jahr.

Darüber hinaus bietet die Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Hilfen bei besonderen Problemen oder bei der Gründung neuer Gruppen an und fördert die Zusammenarbeit mit den Fachkliniken. Es werden Jahrestagungen zum Informations- und Erfahrungsaustausch veranstaltet und Tagungsberichte publiziert.

Rheinland-Pfalz:

Die genaue Anzahl der bestehenden Angehörigen-, Bürger- und Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfevereinigungen ist nicht bekannt. Diese Gruppierungen bilden sich vielfach vor Ort, ohne daß dies der Landesregierung bekannt wird. Die regionalen Angehörigengruppen sind Mitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und damit im Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. organisiert.

Am 30. April 1992 haben sich die regionalen rheinland-pfälzischen Angehörigengruppen bei einem Treffen im Sozialministerium zu einer Landesarbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. Diese Landesarbeitsgemeinschaft versteht sich als Ansprechpartner und Interessenvertreter der Angehörigen auf Landesebene.

Im Saarland existieren sechs Selbsthilfegruppen; darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Angehörigengruppen, die sich innerhalb einer psychiatrischen Einrichtung organisiert haben.

Das Land stellt Zuschüsse zur Stärkung der Selbsthilfe im Gesundheitsbereich bereit.

Baden-Württemberg:

Auf Grund der örtlichen Ausdifferenzierung der zahlreichen Gruppenangebote ist ein lückenloser Überblick über die Vielfalt der Aktivitäten auf Landesebene kaum möglich. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß landesweit mehr als 225 Angehörigen-, Selbsthilfe- und Laienhelfergruppen sowie Kontakt- und Freizeitclubs bestehen. Das Land fördert Freizeit- und Kontaktclubs, Tagesstätten, Laienhelfer- und Angehörigengruppen über den Hilfsverein für Nerven- und Gemütskranke Baden-Württemberg. Die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für diesen Bereich wurden in den letzten Jahren erheblich ausgeweitet. In den Jahren 1989/90 wurden jeweils Mittel in Höhe von 260 000 DM bereitgestellt. Für die Haushaltsjahre 1991/92 können jeweils 310 000 DM dem Hilfsverein zugewiesen werden, die noch durch Aufstockungsmittel erhöht werden. Dadurch wird es weiterhin möglich sein, neben der Zuteilung einmaliger Sondertitel für

Projekte im Bereich des betreuten Wohnens eine laufende Unterstützung für Selbsthilfegruppen zu gewährleisten. Außerdem kann eine Förderung der Landesverbände der Angehörigen sowie der Laien- und Bürgerhelfer sichergestellt werden.

In Bayern gibt es eine große Anzahl von Vereinen für Angehörigen-, Bürger- und Selbsthilfe. In letzter Zeit hat sich ein „Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“ in München gebildet. Dieser Verein kann im Jahr 1993 mit einer staatlichen Förderung rechnen. Im übrigen werden im Psychatriebereich Selbsthilfegruppen noch nicht gefördert. Die dafür erforderlichen Haushaltsmittel sind nicht vorhanden. Allerdings hat das Sozialministerium ein Programm zur Förderung von Laienhelfergruppen aufgelegt. Danach können Laienhelfer als Aufwendersatz pro Jahr derzeit 300 DM, künftig 400 DM erhalten.

14. In welchen Regionen ist ein Mangel an Plätzen in der ambulanten und stationären Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie festzustellen?

Nach den übermittelten Daten darf davon ausgegangen werden, daß in den meisten Regionen die ambulante und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Institutsambulanzen und stationäre Einrichtungen grundsätzlich als ausreichend angesehen werden kann. Für einzelne, vor allem ländlich strukturierte Regionen bestehen noch Sicherstellungsprobleme im Bereich der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Entsprechende Schwierigkeiten wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen gemeldet.

In der stationären Versorgung ist die Situation bei in der Regel ausreichender Bettenmeßzahl von der Schwierigkeit einer Regionalisierung geprägt. Infolgeder, im Gegensatz zu erwachsenen psychisch Kranken, relativ geringen Anzahl behandlungsbedürftiger psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, stößt die gewünschte gemeindenahere Versorgung auf strukturelle Schwierigkeiten.

Die Anzahl der Plätze in stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für die alten und neuen Bundesländer der folgenden Tabelle zu entnehmen, die im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes an der Georg-August-Universität Göttingen erstellt worden ist.

Bundesrepublik Deutschland nach dem 3. Oktober 1990

6 363 Plätze in stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechen 8 Plätzen auf 100 000 Einwohner

Bundesländer vor dem 3. Oktober 1990 (einschließlich Berlin-West)			Am 3. Oktober 1990 beigetretene Bundesländer (einschließlich Berlin-Ost)		
Bundesland	Plätze Anzahl : 100 000		Bundesland	Plätze Anzahl : 100 000	
Baden-Württemberg	343	3,6	Saarland	48	4,5
Bayern	301	2,7	Schleswig-Holstein	395	15,2
Berlin-West	212	6,2	Berlin-Ost	66	5,7
Bremen	50	7,4	Brandenburg	237	9,1
Hamburg	71	4,4	Mecklenburg-Vorpommern	288	14,7
Hessen	416	7,6	Sachsen	757	15,5
Niedersachsen	469	6,4	Sachsen-Anhalt	548	18,5
Nordrhein-Westfalen	1 575	9,2	Thüringen	509	19,0
Rheinland-Pfalz	78	2,1			
zusammen	3 515	49,6	zusammen	2 848	102,2

Tabelle 1: Plätze der stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten und den beigetretenen Bundesländern (Stichtag 1. Juli 1991).

Platzzahl	Bundesländer vor dem 3. Oktober 1990 (einschließlich Berlin-West)		Am 3. Oktober 1990 beigetretene Bundesländer (einschließlich Berlin-Ost)	
	Anteil an Einrichtungen (N = 75)	Anteil an Plätzen (N = 3 958)	Anteil an Einrichtungen (N = 36)	Anteil an Plätzen (N = 2 405)
bis 30	53 %	21 %	33 %	11 %
31 bis 100	35 %	36 %	50 %	49 %
101 und mehr	12 %	43 %	17 %	40 %

Tabelle 2: Anteil der kleineren, mittleren und größeren stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Gesamtzahl der Einrichtungen und der Gesamtzahl der Plätze in den alten und den beigetretenen Bundesländern (Stichtag 1. Juli 1991).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf es im Hinblick auf die vielschichtigen Ursachenzusammenhänge, die zu seelischen und psychosozialen Krisen und Krankheiten führen, enger Kontakte in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Vor- sowie Umfeldeinrichtungen, vor allem der Förderstellen, Erziehungsberatungsstellen und der komplementären Einrichtungen. Hierzu bedarf es fester Kooperationsabsprachen und Konsiliarverträge, die im Rahmen der regionalen Psychiatrieplanung zu berücksichtigen sind.

Folgende Länder teilen hierzu im einzelnen mit:

In Mecklenburg-Vorpommern wird die stationäre Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als gut eingeschätzt. Der Bereich Waren bildet eine Ausnahme, hier ist eine Lücke zu verzeichnen.

Im ambulanten Bereich ist die Region Vorpommern (Osteil des Landes) ungenügend versorgt.

Brandenburg:

Ein Mangel an Plätzen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie läßt sich derzeit nicht feststellen. Im

gegenwärtigen Umstrukturierungsprozeß des Gesundheits- und Sozialwesens ist das Land – unter anderem durch Förderung integrierter Angebote der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – darum bemüht, der Gefahr eines solchen Mangels nach Möglichkeit entgegenzuwirken.

Im Bereich der klinisch-stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist eine ausreichende Anzahl an Plätzen vorhanden; sie sind allerdings geographisch ungleich verteilt.

Sachsen-Anhalt:

Im Krankenhausplan 1992 sind 383 kinder- und jugendpsychiatrische Betten festgehalten. Dies bedeutet mit einer Bettenmeßziffer von 1,31 auf 10 000 Einwohner eine ausreichende stationäre Versorgung, wobei jedoch eine regionale Unausgewogenheit zu verzeichnen ist. Für die ambulante Versorgung ist bisher nur ein niedergelassener Arzt zuständig und damit keine ausreichende ambulante Versorgung gegeben.

Berlin:

Als Ballungsgebiet verfügt Berlin über eine quantitativ ausreichende stationäre Versorgung in der Kinder-

und Jugendpsychiatrie. Deutliche Mängel bestehen in der Versorgung durch das Fehlen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychotherapeuten, im Bereich betreuter Wohnformen und in der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. Dies gilt gleichermaßen für den West- als auch für den Ostteil der Stadt.

Es gibt im Land Berlin in jedem der 23 Bezirke einen Sozialpsychiatrischen Dienst als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Alle Sozialpsychiatrischen Dienste stehen unter ärztlicher bzw. fachärztlicher Leitung. Nach § 18 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz GDG) vom 28. Juli 1980 – Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 50 – berät und betreut der öffentliche Gesundheitsdienst. Zur Beratung und Betreuung kann die Behandlung treten, „wenn sie notwendig ist und es anderweitig zu keiner Behandlung kommt“. Sie kann insbesondere solchen Personen geboten werden, die auf Grund ihrer Gesundheitsstörung nicht bereit sind, einen Arzt ihrer freien Wahl aufzusuchen. Insofern haben auch die Sozialpsychiatrischen Dienste eine eingeschränkte Behandlungsbefugnis für den o. g. Personenkreis. Während in den westlichen Bezirken von dieser Behandlungsmöglichkeit nur in ganz geringem Umfang Gebrauch gemacht wird, ist für die östlichen Bezirke diese Möglichkeit der Behandlung de facto von großer Bedeutung. Die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes – insbesondere der Sozialpsychiatrischen und Kinder-Jugendpsychiatrischen Dienste der östlichen Bezirke waren bis zum Ende des Jahres 1991, in Einzelfällen länger, durch die Kassenärztliche Vereinigung zum Teil persönlich, zum Teil als Institution ermächtigt, Behandlungen durchzuführen und auch abzurechnen. Ab 1992 wurde diese Ermächtigung nicht mehr verlängert.

In den östlichen Bezirken Berlins haben drei Einrichtungen die Versorgungsverpflichtung für jeweils zwei bis fünf Bezirke für kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung übernommen. Insofern ist die vollstationäre Versorgung gesichert und als zufriedenstellend zu bezeichnen. Soweit teilstationäre Angebote für eine Versorgungsregion noch völlig fehlen, sind sie kurzfristig geplant. In jedem Bezirk gibt es einen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst (mit einer Personalausstattung entsprechend dem Anteil der Kinder an der Bevölkerung im Bezirk). Da niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychotherapeuten fast völlig fehlen, ist die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung jedoch noch nicht als ausreichend anzusehen.

Sachsen:

In 50 % der Regionen besteht ein Mangel an Plätzen in der ambulanten und stationären Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In Hamburg ist das Angebot an Plätzen der stationären Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als ausreichend anzusehen.

Schleswig-Holstein:

Das Bettenangebot ist ausreichend. Drei Fachkliniken stehen zur Verfügung.

Durch eine weitere Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einem Allgemeinkrankenhaus im südwestlichen Landesteil sowie durch drei kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken soll der Anforderung nach gemeindenaher Versorgung nachgekommen werden.

Das Angebot von 41 öffentlich anerkannten und vom Land geförderten Beratungsdiensten ist nicht ausreichend. In den nächsten zehn Jahren soll ihre Anzahl auf 72 erhöht werden. Dabei wird angestrebt, die bisherige Meßzahl für ein Beratungsteam von 50 000 Einwohnern auf 35 000 herabzusetzen.

Nordrhein-Westfalen:

Die derzeitige Versorgung behandlungsbedürftiger psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wird grundsätzlich als ausreichend angesehen. In einzelnen Regionen gibt es insbesondere im ambulanten Bereich noch zusätzlichen Bedarf. Quantitativ ist das bestehende Angebot im stationären Bereich ausreichend, problematisch ist jedoch die fehlende Gemeindenähe.

Rheinland-Pfalz:

Für die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung stehen in Rheinland-Pfalz das zur Zeit noch 78 Betten umfassende Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Süden des Landes und eine 20 Plätze umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik im nördlichen Rheinland-Pfalz zur Verfügung. Derzeit wird eine Struktur- und Bedarfsplanung auf der Grundlage verschiedener Erhebungen für die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung erstellt.

Saarland:

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung kann – mit Einschränkungen im Bereich der freien Niederlassung von Kinder- und Jugendpsychiatern – als weitgehend bedarfsgerecht beurteilt werden.

Baden-Württemberg:

Zur regionalen Verbesserung der stationären Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird aus krankenhausesplanerischer Sicht besonders in Südbaden und in Ostwürttemberg noch ein Bedarf gesehen. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans III daher auf die Notwendigkeit des Aufbaus von kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im südbadischen Raum und in Ostwürttemberg hingewiesen und mittlerweile mit Trägern von Krankenhäusern in Lörrach und Ellwangen Gespräche über die Errichtung entsprechender Abteilungen aufgenommen. Das Sozialministerium wird gemeinsam mit den Trägern die erforderlichen konzeptionellen Vorstellungen entwickeln. Es ist zudem davon auszugehen, daß der weitere Aufbau komplementärer Einrichtungen (z. B. Übergangswohnheime und therapeutische Wohngemeinschaften) bei günstiger Standortwahl zu einer Verbesserung der gemeindenahen Versorgung führen wird.

Nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer mit Stand vom 31. Dezember 1991 gibt es in Baden-Württemberg insgesamt 123 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hiervon sind 100 berufstätig, 51 sind niedergelassen, 50 arbeiten im Krankenhaus und neun in Behörden, Körperschaften und sonstigen Bereichen. Im Vergleich zum Vorjahr 1990 hat die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater um 6 % zugenommen. Seit 1980 mit damals 60 Kinder- und Jugendpsychiatern in Baden-Württemberg ergibt sich eine Zunahme um rund 105 %. Angesichts dieser Entwicklung geht das Sozialministerium Baden-Württemberg davon aus, daß die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch in den nächsten Jahren weiterhin ansteigen wird.

Von den 173 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: 31. Dezember 1991) sind 51 in Baden-Württemberg tätig. Dies sind rund 29 %. Sie haben sich vorwiegend in Ballungszentren und größeren Städten niedergelassen. Dort konnte inzwischen eine Verbesserung des Angebots und mithin eine größere Anzahl von Kindern und Jugendlichen betreut werden. In einigen Regionen, z. B. in Heidelberg/Mannheim, ist die Arztdichte auch im Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie überdurchschnittlich.

Bayern:

In der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in Bayern derzeit in fünf der insgesamt sieben Regierungsbezirke 260 Betten und 105 teilstationäre Plätze vorgehalten. Um auch in dieser Fachrichtung eine regional ausgewogene Versorgung sicherzustellen, sehen die Planungen vor, in jedem der sieben Regierungsbezirke zumindest eine akutstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsmöglichkeit vorzuhalten. Nach Abschluß der bereits in Bau befindlichen Einrichtungen erhöht sich die Zahl der derzeit in Bayern in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhandenen Kapazitäten auf künftig 344 Betten und 136 teilstationäre Plätze. Unter Berücksichtigung der im Jahre 1990 erreichten Auslastung der damals vorhandenen 248 Betten mit rund 82 % ist das Angebot an stationären Einrichtungen in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie auch bei ansteigendem Bedarf als ausreichend sichergestellt anzusehen.

Ein Mangel an Plätzen in der ambulanten Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Bayern grundsätzlich nicht feststellbar.

Entsprechend den Vorgaben des Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter von 1990 wird der stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Bedarf auch im Rahmen der Jugendhilfeeinrichtungen gesichert. Das differenzierte System ist in der Lage, den erweiterten kinder- und jugendpsychiatrischen Bedarf abzudecken. In allen überregionalen Beratungszentren stehen auch jugendpsychiatrische Fachkräfte zur Verfügung. Beim überregionalen Beratungszentrum Augsburg wurde 1991 im Rahmen eines Modellprojekts ein Fachberatungsdienst mit einer Kinder- und Jugend-

psychiaterin eingerichtet, der neben der Beratung und fachlichen Begleitung der voll- und teilstationären Jugendhilfeeinrichtungen im Raum Schwaben auch in schwierigen Einzelfällen eingesetzt werden kann. Im stationären Jugendhilfebereich erfolgt der Ausbau nach dem Bayerischen Heimdifferenzierungsprogramm von 1976 und auf der Grundlage aktueller Bedarfsverschiebungen. Größere Bedarfslücken sind, mit Ausnahme von Plätzen für drogenbelastete Jugendliche, derzeit nicht erkennbar.

Das Netz an Erziehungsberatungsstellen ist zwischenzeitlich flächendeckend ausgebaut, d. h. in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es Erziehungsberatungsstellen. Insgesamt sind es 181 Beratungsstellen. In personeller Hinsicht ist die Mindestbesetzung von drei Fachkräften zwar noch nicht all-orten, aber weitgehend erreicht.

15. Welche Erfahrungen wurden mit dem Fehlen eines eigenen Paragraphen über „therapeutische Dienstleistungen“ im Leistungskatalog des SGB V gemacht, wie ihn die Expertenkommission bei der Beratung des GRG vorgeblich vorgeschlagen hat?
16. Beabsichtigt die Bundesregierung, diese Leistungslücke im SGB V zu schließen?

Auch für psychisch Kranke steht der Leistungskatalog des Fünften Buches Sozialgesetzbuch uneingeschränkt zur Verfügung. Der Bundesgesetzgeber hat im Gesundheits-Reformgesetz darüber hinaus die Notwendigkeit einer besseren Versorgung der psychisch Kranken durch die Einfügung der leistungsrechtlichen Vorschrift des § 27 Satz 3 SGB V berücksichtigt, nachdem den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 27 Satz 3 und § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Der Gleichstellungsgrundsatz wurde hiermit nochmals bestätigt. Es liegt in der Verantwortung der Selbstverwaltung, Ärzte und Krankenkassen, diesen Grundsatz auszufüllen. So hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung am 14. August 1990 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien) vom 26. Februar 1982 zu ändern und die ergotherapeutischen (beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen) Leistungen den Erfordernissen psychisch Kranker und Behinderter angepaßt.

Nach den bisher mit dieser Vorschrift gemachten Erfahrungen wird somit den von der Expertenkommission der Bundesregierung in ihren Empfehlungen zur Psychiatriereform mit „therapeutischen Dienstleistungen“ bezeichneten Hilfen entsprochen und somit das Maß des Notwendigen erbracht.

Auf die Komplexität der Absicherung sog. psychosozialer Maßnahmen in gemeindeintegrierten ambulanten und komplementären Einrichtungen wurde wiederholt eingegangen.